



Difficultés et réussites de l'insertion professionnelle des nouvelles diplômées sages-femmes. Étude auprès des diplômées de 2008 des quatre écoles parisiennes

Charlotte Caillibot

► To cite this version:

Charlotte Caillibot. Difficultés et réussites de l'insertion professionnelle des nouvelles diplômées sages-femmes. Étude auprès des diplômées de 2008 des quatre écoles parisiennes. Gynécologie et obstétrique. 2010. dumas-00594053

HAL Id: dumas-00594053

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00594053>

Submitted on 19 May 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES



Faculté de Médecine de Paris

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BAUDELOCQUE

Groupe Hospitalier Cochin – Saint-Vincent de Paul

Mémoire pour obtenir le **Diplôme d'Etat de Sage-Femme**

Présenté et soutenu publiquement

le : 15 Avril 2010

par

Charlotte CAILLIBOT

Née le 16 avril 1985

**DIFFICULTES ET REUSSITES DE
L'INSERTION PROFESSIONNELLE
DES NOUVELLES
DIPLOMEES SAGES-FEMMES**

**Etude auprès des diplômées de 2008 des quatre
écoles parisiennes**

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Madame FILLION Emmanuelle

Sociologue, CNRS

GUIDE DU MEMOIRE:

Madame PRUDHOMME Sophie

Sage-femme enseignante

N° du mémoire : 2010PA05MA07

Je tiens à remercier

Madame Fillion Emmanuelle, sociologue, pour avoir accepté de diriger ce mémoire, de me donner des conseils précieux et de m'éclairer dans son domaine.

Madame Prudhomme Sophie, guidante de ce mémoire, qui a toujours été présente et qui a su m'aider avec patience, bienveillance, optimisme et bonne humeur.

Toutes les jeunes sages-femmes ayant répondu à l'enquête avec conviction.

Les six cadres sages-femmes qui n'ont pas hésité à m'accorder de leur temps, qui m'ont accueillie généreusement et qui m'ont transmis leur expérience.

Toutes les personnes qui m'ont encouragée dans ce travail.

L'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de sage-femme de Baudelocque pour son accompagnement au cours de ces années.

De tout cœur, tous les proches qui me soutiennent depuis le début, leur aide a été indispensable au cours de ces quatre années d'études.

SOMMAIRE

Introduction	1
<u>Chapitre 1 Cadre conceptuel</u>	3
1.1 Evolution de la profession	3
1.1.1 Historique	3
1.1.2 Socialisation de la profession	4
1.2 Les différents codes régissant la profession de sage-femme	5
1.2.1 Code de la santé publique	5
1.2.2 Ordre des sages-femmes	6
1.2.2 Code de déontologie et code pénal	7
1.3 Formation des sages-femmes	7
1.3.1 La Formation initiale	7
1.3.1.1 Première année de médecine : le concours	7
1.3.1.2 Ecole de sages-femmes	8
1.3.2 L'obligation de la formation médicale continue	9
1.4 Compétences des sages-femmes	9
1.4.1 Les compétences pré-natales	10
1.4.2 Les compétences per-natales	11
1.4.3 Les compétences durant la période du post-partum	12
1.4.3.1 Immédiat	13
1.4.3.2 Long terme	13
1.4.4 Autres domaines d'activités et influence du secteur d'activité sur les compétences de la sage-femme	14
1.4.4.1 Territorial	15
1.4.4.2 Libéral	15
1.4.4.3 Privé	16
1.4.4.4 Public	16
1.5 Les Responsabilités de la sage-femme	17
1.5.1 Responsabilité morale	17
1.5.2 Responsabilité disciplinaire	18
1.5.3 Responsabilité de l'Ordre judiciaire de droit commun	18
1.5.3.1 Civile	18
1.5.3.2 Pénale	19
1.5.4 La responsabilité administrative	19
<u>Chapitre 2 Méthodologie et résultats</u>	21
2.1 Méthodologie de l'étude	21
2.1.1 Problématique, Hypothèses, Objectifs	21
2.1.2 Présentation de l'étude	22
2.2 Résultats	23
2.2.1 Résultats des questionnaires	23
2.2.1.1 Population générale	23

2.2.1.2 Recherche d'emploi	24
2.2.1.3 Premier poste	27
2.2.1.4 Compétences	29
2.2.1.4 Vécu	29
2.2.1.5 Situation actuelle	32
2.2.2 Résultats des entretiens	33
2.2.2.1 Caractéristiques de l'embauche	33
2.2.2.2 Critères d'embauches exigés par les cadres	34
2.2.2.3 Intérêt du recrutement des jeunes diplômées	35
2.2.2.4 Type de contrat proposé aux jeunes diplômées	36
2.2.2.5 Caractéristiques des jeunes diplômées et des postes proposés	38
2.2.2.6 Difficultés rencontrées lors de leur intégration professionnelle	39
2.2.2.7 Accueil, encadrement et prise en charge des jeunes sages- Femmes	41
2.2.2.8 Influence des conditions concrètes d'organisation du travail sur l'insertion professionnelle	42
Chapitre 3 Analyse des résultats et Discussion	44
3.1 Evaluation de la validité de l'étude	44
3.1.1 Evaluation de l'enquête auprès des sages-femmes jeunes diplômées participantes aux questionnaires	44
3.1.2 Evaluation de l'enquête auprès des cadres sages-femmes interrogées	45
3.1.3 Evaluation du questionnaire	45
3.1.4 Evaluation de l'entretien	45
3.2 Analyse et discussion des résultats	46
3.2.1 Les jeunes sages-femmes rencontrent lors de leur insertion professionnelle des problèmes qui ne peuvent tous être prévenus par la formation initiale	46
3.2.2 Les conditions concrètes d'exercice : le poste occupé, le service et le type de maternité déterminent en partie le processus d'insertion professionnelle	56
3.2.3 L'accueil et l'encadrement des jeunes sages-femmes dans les services ont une influence directe une bonne insertion professionnelle	63
3.3 Propositions	66
3.3.1 Formation initiale	66
3.3.2 Recherche d'emploi	67
3.3.3 Intégration professionnelle dans les services	68
3.3.4 Formation médicale continue	69
Conclusion	71
Bibliographie	73
Annexes	76

INTRODUCTION

S'interroger sur l'insertion professionnelle des jeunes diplômés est légitime et nécessaire dans tous les secteurs d'activité.

Actuellement, l'accès au monde du travail est difficile et inégal et il n'est pas rare que des diplômés hautement qualifiés peinent à trouver un emploi stable et subissent des années de précarité enchaînant les stages non ou mal rémunérés, les vacances, les contrats à durée déterminée (CDD) et les périodes de chômage.

Cependant, ces difficultés d'accès à l'emploi ne sont pas présentes dans tous les secteurs, certains ayant même été jusqu'à ce jour complètement épargnés par ce problème. C'est le cas des professions de santé, en particulier des professions médicales, auxquelles appartiennent les sages-femmes.

On pourrait en conclure que grâce à un recrutement facilité, les sages-femmes éprouvent peu de difficultés d'insertion professionnelle, mais il en est autrement.

L'accès à l'emploi n'est pas l'insertion professionnelle et, s'il protège globalement les sages-femmes de la précarité, il ne doit pas pour autant nous laisser penser qu'on peut faire l'économie de la réflexion sur leur insertion.

C'est pourquoi nous avons choisi de consacrer ce mémoire de fin d'études à cette question.

Lors d'échanges avec nos collègues étudiantes ou jeunes diplômées au cours des études à l'école et dans les stages, nous avons été frappées de la récurrence de la question de la responsabilité. En effet, un grand nombre d'entre-elles exprimait une réelle inquiétude quant au poids des responsabilités morales, administratives mais aussi civiles, pénales qui leur incombent « du jour au lendemain ».

Nous nous sommes aperçues que l'étude de l'intégration professionnelle des jeunes sages-femmes diplômées a été une question essentielle durant ces quatre années d'études.

Comment vivre ce changement de statut sans appréhension, sans peur, comment essayer de le rendre serein, de l'appréhender et de le préparer au mieux ?

Nous avons donc choisi d'identifier les différentes difficultés ou réussites rencontrées lors de l'insertion professionnelle avant de réfléchir à une possible prévention en amont.

De ce point de vue, il est apparu rapidement nécessaire d'orienter ce travail sur l'intégration professionnelle en lien avec la formation initiale ainsi que l'accueil des stagiaires et jeunes diplômées par les cadres au sein des services.

Notre travail et ce mémoire s'organisent autour de deux axes : un axe socio-historique et une recherche qualitative.

L'axe socio-historique vise à comprendre comment s'est construite la profession de sage-femme. L'étude de la littérature sur l'évolution de la profession, sur ses modes de socialisation spécifiques, permet en effet de mieux saisir les fondements de leur statut actuel et leur identité professionnelle contemporaine.

La recherche qualitative a pour but de saisir ce processus d'insertion professionnelle au sein des maternités et d'identifier les difficultés et réussites des jeunes diplômées, telles qu'elles les définissent elles-mêmes, mais également telles que les définissent celles qui les recrutent et les encadrent.

Pour ce faire, nous avons rencontré six cadres sages-femmes d'établissements hospitaliers présentant des situations et des caractéristiques contrastées, responsables du recrutement et de l'accueil des jeunes sages-femmes. Nous avons mené avec elles des entretiens semi-directifs.

Nous avons parallèlement réalisé une étude par questionnaire auprès de quarante sept sages-femmes diplômées en 2008.

Dans un troisième chapitre, nous proposerons une analyse des résultats collectés et présentés en chapitres un et deux ainsi que des pistes de réflexion pour anticiper davantage la future insertion professionnelle au cours de la formation initiale.

1 CADRE CONCEPTUEL

1.1 Evolution de la profession

1.1.1 Historique

Un bref historique s'impose car la profession de sage-femme a connu de nombreux bouleversements depuis l'Ancien Régime.

En effet, aux 16^{ème} et 17^{ème} siècles, la naissance était assurée par des matrones, femmes d'âge mûr ayant déjà eu l'expérience de l'enfantement. C'était donc leur expérience et leur vécu qui les légitimaient et non des connaissances acquises au travers d'une formation spécifique. Leur reconnaissance fut longue et laborieuse à acquérir auprès des professionnels de santé et de la population. (1)

Cependant, dès le 18^{ème} siècle sont apparus les médecins accoucheurs très prisés de l'aristocratie et de la haute bourgeoisie. Ils ont peu à peu bouleversé l'univers de la naissance en incorporant l'obstétrique dans les hôpitaux dès le 19^{ème} siècle. (2 ; 3)

Ils bénéficient d'une formation chirurgicale propre, interdite aux femmes depuis 1736.

Dès 1881, le corps des « médecins accoucheurs » est créé et marque le début du déclin des sages-femmes. Ce corps regroupe une minorité d'internes des hôpitaux de Paris, marginaux mais scientifiquement et socialement novateurs, qui ont su déployer une stratégie d'autonomisation professionnelle pour asseoir la profession des « médecins accoucheurs ». (3)

Parallèlement, pour conserver leur place et leur légitimité, les matrones ont évolué et ont créé dès 1728 une formation leur étant spécifique: « *l'art des accouchements* ». C'est à partir de ce moment que le terme sage-femme est apparu et a remplacé celui de matrone. (3)

La suprématie des médecins place les sages-femmes sous la responsabilité des chirurgiens accoucheurs. Leur formation est officiellement assurée par les médecins dès 1760. Dès lors leur recours en cas d'accouchement pathologique est instauré.

Ainsi pour pouvoir conquérir le statut de professionnelles de la santé face aux médecins les sages-femmes ont dû s'adapter et faire évoluer leur formation et leur exercice.

Au début du 19^{ème} siècle, elles sont de plus en plus nombreuses et exercent à domicile et à l'hôpital, dès 1803, les conditions de formation s'améliorent : elles doivent suivre un enseignement d'un an dans les facultés de médecine et des cours pratiques auprès des accouchées de l'hôpital. Cette formation passera à deux ans à la fin du siècle.

Elles jouissent d'une réelle légitimité et reconnaissance auprès du corps médical et des femmes. (3)

C'est grâce à l'évolution de la médecine réalisée en seconde moitié du 20^{ème} siècle que la formation des sages-femmes s'est considérablement médicalisée : création d'un diplôme d'état en 1943 (sous le gouvernement de Vichy), création de l'Ordre national des sages-femmes en 1945, qui sera présidé par un médecin jusqu'en 1995. La formation est devenue plus longue, initialement de un an en 1803, de deux ans fin du 19^{ème} siècle, aujourd'hui, elle est de cinq ans ; elle est devenue plus technique : la physiologie mais aussi la pathologie sont enseignées aux futures sages-femmes et les intervenants se sont largement diversifiés : professionnels de santé, médecins, sages-femmes, mais aussi spécialistes des sciences humaines et sociales, juristes, avocats, psychologues, anthropologues, sociologues, et professions non médicales exerçant dans le domaine de la santé, diététiciennes. (3)

Tous ces progrès médicaux ont été capitaux dans l'histoire de la naissance et n'auraient pu se réaliser sans une volonté politique émanant du gouvernement : grâce à la loi de 1941, l'hôpital est devenu un lieu de soins accessible à tous et la rémunération du corps médical est instaurée. Toutes ces avancées ont permis à l'hôpital de trouver une vocation sanitaire.

De plus, en 1945, les nouvelles lois Laroque mettent en place la sécurité sociale. (4 ; 5)
Ces lois Laroque ont permis de créer un plan complet de la Sécurité sociale regroupant les risques maladies, les risques de vieillesse et les arrêts de travail ; il prévoit également un double financement par l'Etat mais aussi par les intéressés.

En 1958, les lois Debré ont pour but d'affirmer la fonction "médicale" des hôpitaux en créant des Centres Hospitalo-universitaires (CHU), lieux soins de pointe, de recherche et d'enseignements pour les praticiens et les universitaires.

La structure hospitalière devient un pôle d'excellence médicale. (4 ; 5)

Ainsi, grâce à l'impulsion politique et à ces réformes, la plupart des naissances se réalisent désormais à l'hôpital par les sages-femmes en collaboration avec les médecins à partir des années 1950.

1.1.2 Socialisation de la profession

Ce processus lent de technisation et de médicalisation de l'accouchement est donc entamé depuis plusieurs siècles mais cette tendance s'est beaucoup radicalisée depuis une quarantaine d'années en lien avec la structuration de l'univers hospitalier, le

développement spectaculaire des techniques d'investigation médicale et de soins (imagerie et réanimation notamment) et l'organisation des différentes professions médicales et paramédicales dans une distribution très hiérarchisée des rôles.

Depuis le 20^{ème} siècle, le terme de profession est appliqué aux sages-femmes.

Ce terme est, sociologiquement, associé à « une activité intellectuelle et/ou de conception et à un certain prestige social » contrairement au terme de métier qui est plutôt associé à « une activité manuelle », jugée beaucoup moins prestigieuse. (2)

Cette différence correspond à une forme organisationnelle du travail.

Cette notion est aussi liée à une réalité historique datant de la seconde moitié du XIX^e siècle qui fut marquée par la montée des classes moyennes, les bouleversements concernant l'éducation et l'enseignement, ainsi que par une accentuation de tous les processus de division du travail au fur et à mesure de l'industrialisation.

Tous ces phénomènes ont aboutis à un processus « dit de professionnalisation » y compris dans le domaine de la médecine.

Cependant, ce terme est associé à une notion de stratégies d'ascension sociale pour le groupe « qui veut se faire reconnaître comme profession » mais également à des stratégies de disqualification pour ceux qui ne bénéficient pas de ce label. (2)

Ainsi, la problématique de ces stratégies est à prendre en considération dans l'appartenance ou non à un groupe de professionnels.

La profession de sage-femme est ainsi devenue une vraie profession médicale, la sage-femme a donc le devoir en tant que professionnelle d'appliquer et de respecter certaines règles et certains codes.

1.2 Les différents codes régissant la profession de sage-femme

La définition de la profession de sage-femme est contenue dans l'article 374 du Code de Santé Publique.

La profession de sage-femme possède un ordre professionnel dirigé par elle-même depuis 1995, ce qui lui permet de jouir d'une autonomie professionnelle vis à vis des médecins et un Code de Déontologie depuis 1945 qui lui est propre, sous forme d'un règlement d'administration publique. L'infraction de certaines règles peut être punie par le Code Pénal. (6)

1.2.1 Le code de Santé Publique

En France, la sage-femme est reconnue comme étant une professionnelle médicale à compétences définies qui bénéficie d'une autonomie relative.

Le titre I du livre IV du code de santé publique comporte une série de dispositions spécifiques aux sages-femmes figurant aux articles L356 et suivants spécifiés. (4 ;6)

Le diplôme de sage-femme est un diplôme d'enseignement supérieur délivré par la faculté de médecine. (4 ; 6)

Le champ de compétence est encadré par la loi du 19 mai 1982 ; il englobe la femme enceinte, la naissance et le nouveau-né. Il concerne la grossesse et l'accouchement normal, un médecin devant obligatoirement prendre le relais en cas de grossesse ou d'accouchement pathologiques. Les actes et les prescriptions médicamenteuses que les sages-femmes sont autorisées à effectuer sont précisés par des textes réglementaires.

1.2.2 L'ordre des sages-femmes

La profession de sage-femme est réglementée, comme toutes les professions médicales, elle est organisée avec une double juridiction tenue par l'ordre des sages-femmes. Celui-ci obéit à une mission principale d'ordre éthique par l'intermédiaire du respect des règles du Code de Déontologie, et d'ordre juridique par l'organisation de la structure ordinaire. (6)

L'ordre des sages-femmes permet de concilier l'indépendance des professions médicales et le contrôle de la moralité des membres de cette profession.

Toute sage-femme a l'obligation d'être inscrite à l'ordre. Toute rupture à cet engagement la met en situation d'exercice illégal de la profession.

L'ordre des sages-femmes veille au maintien des principes de probité à l'exercice de la profession, des devoirs professionnels, des règles édictées par le Code de Déontologie. Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession. Il informe les sages-femmes inscrites de toutes les modifications des nouveaux textes. (6)

Il exerce une compétence disciplinaire de première instance et constitue une juridiction d'ordre administratif. Il peut être amené à sanctionner des professionnels lorsqu'il y a une faute commise ou lorsqu'une personne porte plainte (par exemple : défaut de surveillance, négligence, abandon de poste...). Il peut sanctionner par le biais d'un avertissement, d'un blâme, d'une interdiction temporaire ou définitive d'exercer.

Ainsi, c'est l'ordre des sages-femmes qui a porté plainte pour « exercice illégal de la profession de sage-femme » lors de l'affaire de l'accouchement à domicile aboutissant à la mort d'un nouveau-né en août 2008. Effectivement, la femme réalisait des accouchements à domicile en se présentant comme « doula » auprès des parents.

L'ordre des sages-femmes est là pour garantir la compétence et la réglementation des professionnels, et bien au-delà du rôle disciplinaire, il doit assurer un rôle de protection des usagers de la médecine à l'égard de mauvaises pratiques professionnelles. (6)

1.2.3 Le Code de Déontologie et le Code Pénal

Le Code de Déontologie est défini par le décret du 30 septembre 1949. Il fait office de texte de loi au Journal Officiel, et ne concerne que les membres de la profession.

Il reprend deux articles primordiaux du Code Pénal pour l'exercice de la sage-femme: le secret professionnel et la non- assistance à personne en danger. (6)

Sa violation donne lieu à des poursuites pénales devant les tribunaux judiciaires et devant la juridiction ordinaire. Ces règles sont communes à toutes les sages-femmes et ce, quel que soit leur mode d'exercice.

Le Code de Déontologie confirme le caractère médical de la profession et son champ d'activité.

Les règles éthiques du Code de Déontologie peuvent être divisées en trois parties: devoirs des sages-femmes et droits des patientes, qualité de l'acte de la sage-femme, et règles d'exercice. (6)

Les fautes pénales sont qualifiées de délits et sont commises soit par négligence, maladresse, imprudence ou incompétence.

La sage-femme voit ainsi sa profession réglementée par le médico-légal.

Toutes ces règles qui régissent la profession sont enseignées lors de la formation initiale des étudiants sages-femmes.

1.3 La Formation des sages-femmes

1.2.1 La Formation initiale

➤ 1.3.1.1 La première année de médecine : le concours

La première étape des études de sages-femmes constitue la réussite au concours de première année de médecine.

Ce concours est commun à la branche sage-femme, dentaire, médecine et kinésithérapie. Chaque branche possède un numérus clausus propre déterminant dans le choix de sa future orientation professionnelle.

C'est le classement final qui permettra à l'étudiant de faire son choix.

Chaque école de sage-femme est rattachée à une ou plusieurs universités de médecine.

➤ 1.3.1.2 L'école de sage-femme

Il existe trente huit écoles de sage-femme rattachées à des universités de Médecine en France dont une à Papeete, une à Fort de France et une à Saint Denis de la Réunion.

Quatre écoles de sage-femme sont présentes en Ile de France : deux à Paris (Baudelocque et Saint-Antoine), deux en banlieue parisienne (Poissy et Suresnes).

Le programme des études est national, il a été réévalué en 2001.

Le programme se divise en deux phases de deux ans.

La première phase correspond à l'enseignement de la physiologie tandis que la seconde phase correspond à l'enseignement de la pathologie.

L'enseignement théorique des deux phases est un enseignement approfondi dans différentes disciplines, que l'on peut regrouper schématiquement en deux groupes :

Groupe I :

Première unité : obstétrique, gynécologie ;

Deuxième unité : pédiatrie, embryologie ;

Troisième unité : sciences humaines et sociales, droit et législation.

Groupe II :

Première unité : anatomie, physiologie, histologie, cytologie, génétique ;

Deuxième unité : santé publique, démarche de recherche ;

Troisième unité : pathologie et démarche clinique, microbiologie et pharmacologie. (4)

L'unité d'enseignement clinique est rattachée aux unités d'enseignement du groupe I.

L'enseignement pratique en stage représente une partie fondamentale de la formation puisque deux tiers du temps total y est consacré selon les années.

En 1ère année de première phase, les stages s'effectuent dans les différents services de médecine et de chirurgie, leur objectif est l'acquisition de la maîtrise des soins infirmiers. Pour les trois autres années, les stages s'effectuent dans tous les secteurs hospitaliers et hors hospitaliers où la sage-femme peut exercer.

Parallèlement aux enseignements théoriques et pratiques, les étudiants doivent rédiger un mémoire de fin d'études dont la validation est exigée pour l'obtention du diplôme.

Les conditions d'obtention du diplôme correspondent à l'obtention de la moyenne aux épreuves théoriques et cliniques et aux examens de fin d'année ainsi que la validation de tous les stages, la validation du mémoire, et, la réalisation d'un minimum d'actes. (4)

Durant leurs études, les étudiants se familiarisent avec tous les modes de pratiques et d'exercices différents de la profession de sage-femme.

1.3.2 L'obligation de la formation médicale continue (FMC)

Le code de déontologie précise que *« toute sage-femme doit entretenir et perfectionner ses connaissances »*. (6)

La formation continue est devenue obligatoire et non plus « fortement recommandée » depuis 2004.

Elle est, *« non seulement une obligation déontologique, mais elle relève aussi de la responsabilité individuelle de chaque sage-femme et de la responsabilité collective de la profession. »* (12)

Elle permet de renforcer l'enseignement de la formation initiale et de développer de nouvelles connaissances.

La plupart du temps, cette formation est financièrement prise en charge par la structure, hospitalière (privée ou publique), ou territoriale dans laquelle les sages-femmes travaillent, et se réalise sur leur temps de travail.

Pour les sages-femmes libérales, c'est la caisse primaire d'assurance maladie qui indemniser les sages-femmes, à hauteur de cinq jours par an.

« En 2006, la FMC représentait 2,3% de la masse salariale des établissements hospitaliers. » (12)

Un certain nombre d'heures annuelles est dédié pour cette formation.

1.4 Les compétences des sages-femmes

Le champ d'exercice de la sage-femme est varié, cependant, ses compétences ne sont pas exercées de la même façon selon le secteur d'activité et le niveau de la maternité.

Celles-ci sont définies sous forme de lois, de décrets et d'arrêtés circulaires, établis par le ministère de la Santé après avis de l'Académie de Médecine. Elles sont fixées par le Code de Santé Publique, le Code de Déontologie et la directive européenne.

L'apparition de nouvelles techniques et l'élargissement progressif de leurs compétences ont fait des sages-femmes les spécialistes de la naissance non pathologique.

Les compétences des sages-femmes ne leur sont pas spécifiques, certains actes pouvant être réalisés par des infirmières et d'autres par des gynécologues obstétriciens. Il n'y a en effet aucun acte que seules les sages-femmes peuvent réaliser. Il leur est donc difficile de s'imposer comme profession à part entière reconnue et considérée.

Un paradoxe apparaît ainsi : la forte identité professionnelle des sages-femmes face au manque de compétences propres et de sentiment de légitimité.

1.4.1 Les compétences pré-natales

Lors du suivi de la grossesse, la sage-femme sera amenée à effectuer des diagnostics, actes exclusivement médicaux. Pour cela, elle est soumise à une obligation de moyens cliniques, biologiques, échographiques, radiologiques et pharmacologiques.

La sage-femme diagnostique et surveille les grossesses normales. (6 ; 14)

L'enquête de périnatalité de 2003 confirme une étude réalisée en 1984 par, Rumeau-Rouquette et al, qui affirmait que : « Nous ne disposons pas de données antérieures en population générale pour savoir comment a évolué récemment le rôle de chacun de ces professionnels. Cependant par rapport à 1981, date à laquelle on avait des données très voisines par une autre enquête nationale, on constate une diminution importante du rôle des généralistes, consultés au moins une fois par 53 % des femmes, et une augmentation du rôle des sages-femmes consultées au moins une fois par 19 % des femmes lors de la surveillance de la grossesse. (10)

Ce suivi de grossesse n'est pas spécifique aux sages-femmes, même en cas d'eutocie, car tout médecin peut également suivre une grossesse.

L'organisation actuelle des grosses structures (type III par exemple) devant prendre en compte les contraintes récurrentes de personnels, de planification, de restructuration ne permet pas à la sage-femme de proposer un accompagnement personnalisé. Il est important de le noter car l'accompagnement global est devenu de plus en plus plébiscité par les couples mais également de plus en plus difficile à mettre en place.

Dans le cadre de la structure hospitalière, les sages-femmes peuvent surveiller les grossesses pathologiques sous la tutelle des gynécologues obstétriciens.

D'après l'article L370 du code de santé publique, « *les sages-femmes ne peuvent prescrire que les médicaments figurants sur une liste fixée par un arrêté du ministre de la Santé Publique et de la Population, pris après avis de l'Académie Nationale de Médecine* ». La sage-femme a un droit de prescription limité mais peut exécuter la prescription d'un médecin. Elle peut prescrire un arrêt de travail à une femme enceinte en cas de grossesse normale d'une durée de quinze jours, non renouvelable. (7 ; 15)

Cette particularité sur le mode de prescription est importante à relever car elle représente une caractéristique des domaines de compétences d'une profession médicale. Ainsi, elle met en lumière toute l'ambiguïté du positionnement professionnel de la sage-femme, à mi chemin entre l'autonomie et la tutelle des médecins.

Elle effectue la surveillance du fœtus par l'échographie et le monitoring.

Depuis le décret du 17 novembre 2006, la sage-femme peut pratiquer toutes les échographies dans le cadre de surveillance de la grossesse. (14)

Elle peut réaliser également dans le cadre de la grossesse un frottis vaginal et peut pratiquer l'amnioscopie dans la dernière semaine de gestation.

La sage-femme est apte à dépister les pathologies fœtales et maternelles, et à les prendre en charge en collaboration avec un obstétricien après avis et confirmation de celui-ci sur la pathologie et la conduite à tenir.

La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) entre également dans ses compétences. D'après l'enquête de périnatalité de 1998 : 90 % des maternités ont une préparation à la naissance dans la maternité dont les séances sont réalisées majoritairement par les sages-femmes du service. A noter également que la contribution de celles-ci est d'autant plus grande que la maternité est de niveau élevé : en niveau III, la préparation est faite presque entièrement par elles. (10)

La sage-femme assure un rôle de conseil, de prévention, d'hygiène et de diététique auprès des futurs couples, et effectue un travail psychosocial auprès des patientes en difficultés. Son rôle est primordial car elle est en première ligne pour répondre aux besoins des couples.

1.4.2 Les compétences per natales

Suivant le type d'établissement et son niveau de soins, certains actes vont s'organiser différemment.

L'accouchement pathologique nécessitant l'intervention active d'un médecin est de 25% dans les établissements publics. (18)

La sage-femme accueille la femme en salle de naissance (SDN) et l'accompagne pendant le déroulement du travail. Elle assure la surveillance de celui-ci et notamment de la vitalité fœtale. Elle surveille par des moyens cliniques et techniques l'état de la parturiente et de son enfant à naître. (11 ; 14)

La surveillance électronique de la vitalité fœtale et de la dynamique utérine au cours du travail fait partie de ses compétences, de même que le prélèvement et la mesure du pH du sang fœtal et l'oxymétrie de pouls. Elle dépiste les complications du travail et les traite dans la limite de ses compétences.

La sage-femme peut pratiquer l'anesthésie locale.

En présence d'un médecin pouvant intervenir à tout moment, la sage-femme peut participer à la technique d'anesthésie locorégionale et peut effectuer les réinjections par le dispositif mis en place à condition que la première injection soit faite par le médecin. (11 ; 14)

Elle peut mettre en route, après accord du médecin, toute technique susceptible de favoriser, de déclencher, d'accélérer le travail et l'accouchement, de favoriser la

délivrance ou de réaliser une révision utérine. Tout ceci peut se réaliser par l'intermédiaire de la rupture artificielle des membranes et/ou de la perfusion de Syntocinon*.

Elle pratique l'accouchement normal en présentation céphalique ou podalique, l'épisiotomie et sa réfection si elle n'est pas compliquée. (11 ; 14)

Il lui est interdit de pratiquer toute manœuvre instrumentale. Par contre, elle doit savoir effectuer les manœuvres manuelles vitales en cas de complication, par exemple : Manœuvre de Jacquemier pour la dystocie des épaules, de Lovset et de Mauriceau pour l'accouchement du siège. (11 ; 14)

La sage-femme doit également savoir accompagner les couples lors d'une interruption médicale de grossesse (IMG), d'une mort fœtale in-utéro (MFIU) ou d'un handicap chez le nouveau-né.

En cas de mort fœtale inopinée, la sage-femme est en première ligne avec le médecin pour annoncer la nouvelle.

Elle réalise également l'examen et les soins du nouveau-né ainsi que la réanimation néonatale immédiate dans l'attente du pédiatre. Son rôle dans le dépistage de situations à risque néonatal est majeur. Il lui impose une parfaite connaissance des diverses manifestations cliniques pour prévoir les gestes, appeler précocement le pédiatre, préparer le matériel, organiser un transfert. Son rôle est primordial étant donné que le développement psychomoteur de l'enfant dépend de la qualité et de la rapidité des premiers gestes effectués.

La sage-femme effectue la surveillance du post-partum immédiat pour la mère et le nouveau-né.

En cas d'accouchement dystocique ou de suites de couches pathologiques, la sage-femme doit faire appel à un médecin.

Il semble important de relever que le pourcentage d'accouchements par une sage-femme présente de fortes variations selon sa localisation géographique (37,3 % en Méditerranée, 55 % dans le bassin parisien et dans l'Est (enquête périnatale 2003) et que le pourcentage de femmes ayant eu au moins une consultation par une sage-femme est beaucoup plus faible (27 %) que le pourcentage de femmes ayant été accouchée par une sage-femme (47 %).

1.4.3 Les compétences durant la période du post-partum

La sage-femme assure la surveillance et les soins de la mère pendant 12 jours et du nouveau-né pendant un mois. En pratique c'est souvent la Protection Maternelle Infantile (PMI) qui prend le relais en ce qui concerne les nouveaux-nés. En effet, hors césarienne et/ou complication, les parturientes quittent la maternité bien avant ce délai de 12

jours, et de plus en plus vite. Le suivi des femmes est alors extrêmement limité, jusqu'à la visite post-natale, six à huit semaines après l'accouchement.

➤ 1.4.3.1 *Le Post-Partum immédiat*

Elle dépiste toute complication maternelle ou néonatale qui peut survenir au cours de l'hospitalisation, c'est-à-dire en moyenne trois à six jours.

Les premières heures qui suivent tout accouchement constituent une période à risque pendant laquelle peuvent survenir des événements pas toujours prévisibles, d'apparition brutale, à type d'hémorragie génitale, d'embolies, mais graves nécessitant une prise en charge adaptée et qui sont souvent négligés. (11 ;14)

C'est pourquoi, en permanence, la sage-femme reste vigilante, assidue et rigoureuse dans la surveillance immédiate et jusque dans les trois jours du post-partum.

Elle aide à l'installation de l'allaitement maternel ou artificiel, répond aux préoccupations familiales et participe à l'établissement de la relation père-mère-enfant, en collaboration avec ses collègues auxiliaires de puériculture qui jouent un rôle très important auprès des femmes. La sage-femme souvent débordée en suites de couches (SDC), va relayer cette tâche à ces professionnelles qui sont en lien avec les parents.

Elle assure la régulation des formalités concernant l'état civil, la sécurité sociale, les allocations familiales et organise le retour à domicile dans les meilleures conditions. Cette tâche prend beaucoup de temps car la sage-femme doit s'assurer de la bonne compréhension des parents.

La sage-femme informe sur la sexualité et la contraception qu'elle prescrit si besoin.

➤ 1.4.3.2 *Le Post-Partum à long terme*

Elle réalise la consultation post-natale si la grossesse et l'accouchement ont été eutociques.

Elle peut pratiquer la rééducation périnéosphinctérienne. En général, cet acte est relayé par les sages-femmes libérales qui prennent de plus en plus en charge la préparation à la naissance et à la parentalité, le suivi à domicile avant et après l'accouchement ainsi que la rééducation du périnée.

La politique actuelle étant de diminuer au maximum la durée d'hospitalisation après l'accouchement, il semble de plus en plus important d'évoquer l'importance des PMI, relais immédiat de l'hôpital.

En effet, toutes les complications ne pouvant être dépistées en suite de couches, les PMI, les pédiatres et les médecins de ville se voient souvent prendre la suite de l'établissement du lien mère-enfant.

1.4.4 Les compétences dans d'autres domaines d'activité et influence du secteur d'activité sur les compétences de la sage-femme.

Elle peut assurer une action en matière de planification des naissances.

Elle peut participer aux actions de traitement de la stérilité dans un centre de procréation médicalement assistée, assurer des soins de gynécologie sous la direction d'un médecin, pratiquer les vaccinations, participer aux actions de prévention sanitaire et sociale dans le domaine de l'enfance, participer à la formation des acteurs de la santé, exercer une fonction d'encadrement dans les services de maternité et dans les écoles de sages-femmes. (14)

Des formations ouvertes aux sages-femmes leur permettent d'acquérir de nouvelles compétences : diplômes universitaires d'échographies fœtales, de tabacologie, de sexologie, de régulation des naissances par exemple.

L'importance de la formation continue prend ici tout son sens car, obligatoire, elle permet d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances. (12)

Les sages-femmes y ont accès dès le début de leur vie professionnelle, quelque soit leur statut.

Elles possèdent donc de nombreuses compétences. Elles sont les spécialistes de la physiologie mais travaillent souvent à la limite de la pathologie puisque c'est à elles de la diagnostiquer. Pour cela, elles doivent en avoir une connaissance parfaite. De plus, elles se retrouvent souvent en première ligne lors d'une situation pathologique imprévisible et doivent savoir agir avant l'arrivée de l'obstétricien, de l'anesthésiste ou du pédiatre.

La méconnaissance des limites de sa profession entraîne encore trop souvent la sage-femme dans des dépassements de compétence.

Il paraît important de rappeler que si elle dépasse ses compétences, elle commet une faute hormis dans les cas d'urgence et d'imprévisibilité.

Il faut également ajouter que la sage-femme a le devoir, en cas d'avis contraire sur le suivi d'une patiente d'en informer le médecin. En l'absence de danger pour la mère et l'enfant, son indépendance professionnelle lui permet de refuser les actes ou les soins prescrits. En effet, en cas de faute du médecin, elle serait responsable de l'acte qu'elle aura réalisé à sa demande. (6)

Cependant, les conditions réelles d'exercice et l'organisation du travail peuvent également entraîner la sage-femme à franchir ces limites. Il est donc important pour une jeune sage-femme diplômée de rester vigilante face à cette problématique, devenue de plus en plus récurrente dans les maternités.

Les compétences des sages-femmes sont très vastes et permettent un enrichissement professionnel tout au long de leur carrière. Ainsi, elles peuvent évoluer au sein de différents secteurs.

Les trois secteurs d'exercice de la sage-femme sont : le secteur libéral, le secteur hospitalier (public ou privé) et le secteur territorial (PMI). Toutes les sages-femmes ont les mêmes compétences, différemment exploitées.

➤ 1.4.4.1 *Le secteur territorial*

Créé le 2 novembre 1945, il prévoit la collaboration des sages-femmes de la PMI depuis le 19 juillet 1962.

Il représente 4% de la population des sages-femmes, soit 720 sages-femmes, dont la plupart sont diplômées depuis de plus de dix ans. En effet, la plupart des jeunes sages-femmes ne sont pas intéressées par ce type de poste, où la composante psychologique et relationnelle est indispensable.

La mission principale de la sage-femme de PMI est la prévention, toujours dans le même but de diminuer la mortalité et la morbidité périnatale.

Ses actions se répartissent entre une action médicale dite « technique » et une action éducative, de conseil, soutien, d'éducation et de planification familiale, très développées en PMI.

Elle intervient soit en étant directement contactée par la maternité, pour les femmes hospitalisées, faisant alors la liaison entre le suivi à domicile et les médecins de la maternité, soit à la demande du médecin traitant, s'occupant du suivi selon les prescriptions de celui-ci, soit après signalement de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

➤ 1.4.4.2 *Le secteur libéral*

Il concerne aujourd'hui 16 % de la population des sages-femmes (soit 2988 sages-femmes), les effectifs augmentant chaque année (11,6% en 1998). (13 ;18)

Souvent par manque de confiance en elles, par manque de moyens et parce qu'elles veulent « pratiquer », c'est à dire réaliser des accouchements, très peu de post-diplômées se lancent dans cette voie.

Les sages-femmes attendent en moyenne une dizaine d'années d'exercice avant de s'installer, leur moyenne d'âge étant de trente trois ans. (17)

Leur organisation varie en fonction de leurs propres activités.

Le fait, également, de devoir se constituer une clientèle en tant que nouvelle professionnelle et de créer un cabinet, surtout ceux qui regroupent plusieurs professions de santé, est très peu répandu en France.

Ce secteur permet d'offrir un suivi global: consultations, échographies, diversité des modes de préparation à la naissance, alternatives à l'hospitalisation, rééducation périnéale, prévention, hygiène sécurité. Certaines sages-femmes réalisent des accouchements à domicile, ou en plateau technique dans le cadre d'un accouchement physiologique.

Pourtant, il est de plus en plus difficile de réaliser des accouchements en tant que sage-femme libérale car de nombreux obstacles se dressent : refus des hôpitaux d'ouvrir leur plateau technique, assurance hors de prix, poids du médico-légal, réserve du Collège National des Gynécologues-Obstétriciens relayée par l'Académie de médecine.

Les sages-femmes libérales exercent leur spécialité dans le cadre de leurs compétences de manière autonome. Elles gèrent leur planning, leur clientèle et le côté administratif de leur mode d'exercice.

➤ 1.4.4.3 *Le secteur privé*

Les sages-femmes y travaillant représentent environ 20% des sages-femmes en exercice, soit 3600 sages-femmes. (13)

Ce secteur est le plus souvent source de stress car un médecin n'est pas toujours présent sur place, il faut alors savoir l'appeler au bon moment. En général, dans ce type d'établissement, ce n'est pas la sage-femme qui pratique l'accouchement, même si c'est elle qui suit le travail, il faut donc savoir prendre en compte ce paramètre. De plus, elle est souvent responsable de différents services en même temps.

➤ 1.4.4.4 *Le secteur public*

Les sages-femmes fonctionnaires de la fonction publique hospitalière représentent 60 % des sages-femmes en exercice, soit 10800 sages-femmes. (13)

Les jeunes sages-femmes post diplômées sont largement majoritaires dans les maternités publiques en salle de naissance. Cette caractéristique s'explique par le fait que la salle de naissance est l'un des postes les plus valorisés au regard de la distinction professionnelle, car il met en exergue la connaissance biomédicale et l'acte noble et technique qu'est l'accouchement. Ainsi, les jeunes diplômées préfèrent débiter en salle de naissances.

Elles peuvent exercer dans tous les services d'une maternité. Elles utilisent toutes les compétences que nous avons présentées précédemment.

Tous les actes pratiqués par les sages-femmes mettent en jeu leur responsabilité. Il est donc indispensable de les connaître parfaitement. Celles-ci sont une des premières causes de stress des professionnelles.

En France, les décrets de 1998 ont encadré la périnatalité en fonction des politiques sanitaires en place et des objectifs médicaux à atteindre : fermer les petites maternités réalisant moins de trois cents accouchements par an, créer des réseaux de santé regroupant l'obstétrique, la néonatalogie, et la réanimation néonatale, diminuer le taux de mortalité maternelle, encore élevé par rapport aux voisins européens. (9)

La grossesse peut être définie de deux manières différentes, soit elle correspond à un état physiologique pouvant quelquefois se compliquer soit elle est caractérisée comme étant un épisode à haut risque permanent, ce qui entraîne un « déplacement » des professionnels et de l'organisation du travail périnatal.

Ainsi, il paraît nécessaire de mettre en œuvre tous les moyens cliniques et paracliniques susceptibles de garantir une évolution et une fin correcte.

1.5 Les responsabilités de la sage-femme

La pratique de l'art obstétrical a atteint un risque médico-légal important, même s'il reste plus élevé pour les médecins que pour les sages-femmes, autant sur la responsabilité civile que pénale. L'engagement de la responsabilité civile augmente et donne lieu à des indemnisations parfois très importantes. (20 ; 21)

Travailler en tant que salarié dans les hôpitaux permet de diminuer la pression des assurances. L'hôpital permet aussi de faire l'interface en cas de problèmes. Ainsi la pression judiciaire y est moins forte.

En France, le nombre de réclamations mettant en cause la responsabilité médicale en obstétrique a augmenté de 5 % depuis 2000. (19)

Cependant, au vu de tous les actes médicaux réalisés, ce nombre reste très faible. En 2007, le nombre de déclarations d'incidents par les sages-femmes (paralysie, décès, infection...) étaient au nombre de 12, ce qui représente 0,09% de sinistre. (19)

Parallèlement à cette prise de conscience de procédures judiciaires possibles, la médecine a fait des progrès importants au cours des trente dernières années.

De nos jours, il existe pour les professionnels de santé une obligation de moyens qui peut en partie expliquer cette augmentation de procès.

1.5.1 Responsabilité morale

Elle affecte la propre conscience individuelle. On peut être inattaquable en droit mais savoir dans son fort intérieur que l'on a commis un manquement ou que l'on aurait pu faire autrement. Il n'existe aucun recours officiel.

1.5.2 Responsabilité disciplinaire

Il s'agit de répondre de ses fautes devant le conseil de l'Ordre des sages-femmes ou de son employeur.

Devant le conseil de l'Ordre, elle correspond à l'infraction au Code de Déontologie. Elle s'inscrit donc dans le domaine de l'obligation déontologique.

Le Conseil Régional des sages-femmes intervient en première instance. Le conseil national statue en appel. Le Conseil d'Etat intervient en dernier lieu comme juridiction extrême, à l'instar de la Cour de Cassation.

Les sanctions disciplinaires sont prononcées selon la gravité de la faute : avertissement, blâme, interdiction temporaire d'exercer et enfin radiation définitive.

La plainte ou le déclenchement de la procédure peut venir de l'ordre lui-même, de l'Ordre des médecins, du Procureur de la République, d'un syndicat professionnel, du ministère de la Santé, d'un collègue, d'un patient, d'une association de défense de malades ou de consommateurs, de la sécurité sociale.

Les sanctions disciplinaires sont indépendantes des peines prononcées par les juridictions pénales.

Devant son employeur, les sanctions sont les mêmes que celles du Conseil de l'Ordre, hormis l'interdiction d'exercice qui se limite alors à l'établissement.

1.5.3 Responsabilité de l'ordre judiciaire de droit commun

Elle comprend la responsabilité civile et la responsabilité pénale, regroupées sous le nom de responsabilité médico-légale.

➤ 1.5.3.1 La responsabilité civile

Elle correspond à l'indemnisation d'un dommage.

Si une faute a été commise et qu'il existe un lien de causalité entre cette faute et le préjudice subi, la victime peut demander réparation, via des dommages et intérêts, pendant les dix années suivant la consolidation des faits.

C'est à la sage-femme de prouver qu'elle n'a pas commis de faute et non plus au patient. Elle doit apporter les éléments techniques, cliniques ou para cliniques prouvant que son acte a été effectué dans les règles de l'art et conformément aux données de la science. Le préjudice peut être physique, moral, financier ou patrimonial.

L'affaire est portée auprès du tribunal d'instance puis du tribunal de grande instance en cas d'appel. S'il existe un vice de forme dans la procédure judiciaire, la cours de cassation peut être saisi.

La responsabilité peut être délictuelle, mais en pratique, aucun cas ne figure dans la jurisprudence, ou quasi-délictuelle, recouvrant d'une faute non intentionnelle, commise par imprudence. Elle est toujours contractuelle et peut être alors invoquée dans différents cas de figure : le non-respect du consentement libre et éclairé du patient, de sa famille pour un mineur ou d'un tuteur pour les incapables majeurs, l'information du patient incomplète ou déloyale, le non-respect de l'obligation de moyens, le non-respect du patient.

➤ 1.5.3.2 La responsabilité pénale

Elle entre en application lorsque la sage-femme commet un acte réprimé par la loi dans l'exercice de sa profession.

Elle a pour objectif de faire appliquer les règles de la société et de l'ordre public grâce à des sanctions éventuelles. Les fautes constituent des délits et sont jugées par les tribunaux correctionnels. La faute pénale peut être spontanément recherchée par le ministère public, informé d'un comportement délictuel possible d'une sage-femme à la suite d'un décès post-thérapeutique ou opératoire par exemple, de cause indéterminée, mais aussi en cas d'omission d'apports de soins.

De plus, il est possible de se porter partie civile, ce qui conduit à la perception de dommages et intérêts par la victime comme pour la responsabilité civile. Aucune assurance ne pouvant se substituer à l'individu, la sage-femme est obligée de verser l'amende elle-même. La poursuite pénale est lourde sur le plan psychologique et professionnel.

La sage-femme est responsable de ses actes. Elle encourt, à compter des faits incriminés, une peine de trois ans pour les délits et de dix ans pour les crimes.

Une condamnation pénale peut être cumulée avec une peine civile, disciplinaire et exceptionnellement administrative.

Une affaire sur sept conduira réellement à une procédure pénale.

L'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux et des Affections Iatrogènes (ONIAM) ainsi que des commissions amiables régionales ont été mis en place dès 2002 pour répondre au mieux à ces différentes problématiques.

Leur but est de trouver un compromis entre les deux parties avant de poursuivre l'affaire auprès du tribunal, la conciliation étant la procédure la plus rapide.

1.5.4 Responsabilité administrative

Elle concerne les sages-femmes exerçant en tant que salariées dans un service hospitalier public. L'établissement incriminé peut se retourner contre la sage-femme.

Pour cette procédure, la victime peut porter plainte pendant les quatre années qui suivent le préjudice. En dehors de certains cas particuliers, dans un service hospitalier,

la responsabilité de l'administration est d'emblée recherchée. La sage-femme est un agent public dont les actes engagent la responsabilité de l'administration hospitalière qui l'emploie.

L'obligation d'assurance responsabilité civile professionnelle correspond à une loi et s'impose à *« tous les professionnels de santé exerçant à titre libéral, aux établissements et services de santé et à tout autre organisme exerçant des activités individuelles de prévention, de diagnostic ou de soins. »* (6)

Cette loi de 2002 permet l'indemnisation des victimes et couvre le risque médico-légal même sans faute. Elle apporte des solutions plus efficaces et plus rapides.

2 METHODOLOGIE ET RESULTATS

2.1 Méthodologie de l'étude

2.1.1 Problématique, Hypothèses et Objectifs

Après avoir repéré les points forts et les points faibles de la formation initiale en tant qu'étudiante, j'ai voulu anticiper, appréhender et identifier les difficultés et les réussites de l'intégration professionnelle. Je voulais donc avoir un regard sur le monde professionnel pour mieux le comprendre et réfléchir aux voies possibles pour en faciliter l'entrée.

Le métier de sage-femme est un métier où les responsabilités sont très importantes, ainsi, il me paraît primordial que ces acteurs de la santé de demain se sentent à l'aise et en confiance dès le début de leur vie professionnelle.

Diverses questions se sont imposées, notamment sur la base d'échanges avec d'anciennes collègues étudiantes devenues professionnelles et sur celle de mes propres expériences de stages : quels sont, dans la formation initiale, dans l'organisation concrète du travail professionnel et dans le travail spécifique des cadres sages-femmes auprès des jeunes diplômées, les éléments facilitateurs ou ceux qui font au contraire obstacle à une bonne insertion professionnelle.

Une approche pragmatique a été adoptée en posant la question suivante: *Quels types de difficultés et de réussites (sur les plans médicaux, techniques, mais aussi matériels, hiérarchiques, organisationnels et psychologiques) les nouvelles sages-femmes diplômées en 2008 des quatre écoles parisiennes rencontrent-elles lors de leur intégration professionnelle?*

Trois hypothèses ont permis de guider cette étude.

- 1 La formation initiale est une ressource plus ou moins efficace face à tous les problèmes rencontrés par les jeunes sages-femmes.
- 2 Les conditions concrètes d'exercice : le poste occupé, le service et le type de maternité déterminent en partie le processus d'insertion professionnelle.
- 3 L'accueil et l'encadrement des jeunes sages-femmes par les cadres dans les services ont une influence directe sur leur bonne insertion professionnelle.

Pour répondre aux hypothèses, les objectifs suivants ont été finalisés :

- 1 Identifier les difficultés et les réussites professionnelles et les mettre en lien avec les points forts et les points faibles de la formation initiale.
- 2 Analyser le mode de recrutement des jeunes diplômées par les cadres, l'éventuelle congruence entre les exigences de recrutement et les qualités professionnelles des jeunes diplômées.
- 3 Comprendre de quelle manière les conditions d'exercice interfèrent sur l'insertion professionnelle.
- 4 Retracer les itinéraires d'insertion professionnelle des nouvelles diplômées de la région parisienne.

Cette étude est un « état des lieux » qui pourrait éventuellement permettre de prendre conscience de certaines difficultés en vue de les améliorer. Elle n'a qu'un seul but : essayer d'améliorer et de faciliter l'insertion professionnelle en intervenant dès le départ, c'est-à-dire durant la formation initiale, tout au long du cursus et dès la sortie de l'école auprès des cadres de service.

2.1.2 Présentation de l'étude

L'étude est une étude prospective multicentrique qui a été divisée en 2 parties.

- La première partie correspond à des **questionnaires** (annexe I), envoyés par courriel, adresses fournies par les associations d'étudiants sages-femmes, des quatre écoles d'île de France, diplômées en juin ou septembre 2008.

L'étude a été réalisée du 13 juin au 07 octobre 2009. Au total, 118 questionnaires ont été envoyés mais seulement 116 ont été reçus (adresses e-mail invalides pour deux questionnaires). Deux relances ont été faites en juillet et en septembre. Le taux de réponses est de 40%, ce qui correspond à 47 questionnaires renvoyés.

L'intérêt des questionnaires était de connaître le parcours professionnel des jeunes diplômés et d'en identifier les problèmes récurrents rencontrés mais également les réussites. La formation initiale était également abordée afin de connaître son rôle a posteriori dans cette intégration professionnelle.

- Parallèlement, des **entretiens semi-directifs** (annexe II) auprès des cadres sages-femmes de différentes structures ont également été effectués.

Ces entretiens ont été faits dans six maternités :

- trois maternités publiques: Port Royal (niveau III), Argenteuil (niveau III) et La Pitié Salpêtrière (niveau II B)
- une maternité privée à but non lucratif: Les Lilas (niveau I)

- une maternité privée à but lucratif : Armand Brillard (niveau II A)
- une clinique privée: La clinique Lambert (niveau I)

La durée des entretiens a varié entre quarante cinq minutes et une heure. Ils étaient enregistrés avec l'accord des sages-femmes puis retranscrits en totalité.

Le but était de comprendre la politique de recrutement de chacune des structures, de savoir si une prise en charge ou un accueil spécifiques étaient faits auprès des jeunes recrues, d'identifier leurs réussites et leurs difficultés durant leur première année d'exercice professionnel.

2.2 Résultats

2.2.1 Résultats des questionnaires

➤ 2.2.1.1 Population générale

Toutes les sages-femmes ayant répondu au questionnaire sont de sexe féminin. L'âge moyen était de 25 ans, variant de 23 à 27 ans.

Trente huit sages-femmes ont obtenu leur diplôme à la session de juin et neuf à celle de septembre 2008 : leur répartition dans les écoles est la suivante :

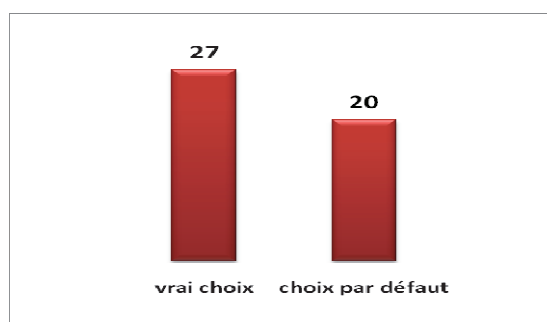
A Baudelocque : onze en juin et une en septembre, à Saint-Antoine : onze en juin et quatre en septembre, à Foch : huit en juin et trois en septembre, à Poissy : huit en juin et une en septembre.

- Tableau 1 : Ecole d'origine

Baudelocque	Saint-Antoine	Foch	Poissy
12	15	11	9

Il est à noter une moyenne de réponses semblable au sein de chaque école

- Graphique 1: Caractéristiques du choix de la filière sage-femme en PCEM 1



La majorité d'entre-elles ont choisi les études de sages-femmes par vrai choix.

- Tableau 2 : Situation actuelle

Activités professionnelles	Recherche d'emploi	Etudes	Volontariat
44	0	2	1

Cinq sages-femmes travaillent dans plusieurs établissements hospitaliers et trois sages-femmes travaillent plus de 100 %.

Trois sages-femmes n'ont jamais exercé leur profession de sage-femme (études ou volontariat), ainsi le nombre total de sages-femmes retenues pour la suite était de quarante quatre.

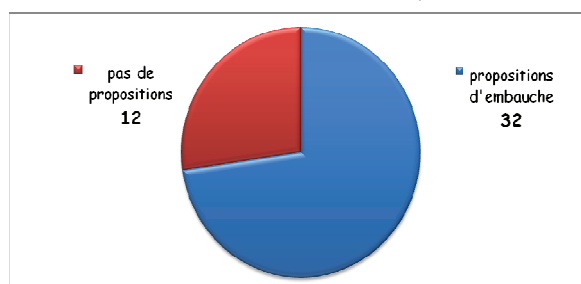
➤ **2.2.1.2 Recherche d'emploi**

- Tableau 3 : Date d'entrée dans la vie active

Vie active dès juillet	attente
38	6

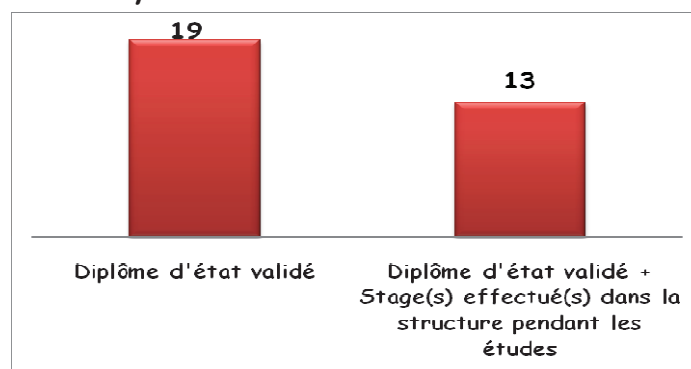
Parmi les six sages-femmes ayant attendu avant de débiter leur vie professionnelle, cinq ont jugé nécessaire de prendre des vacances et une a déménagé.

- Graphique 2 : Propositions d'embauche durant la formation initiale



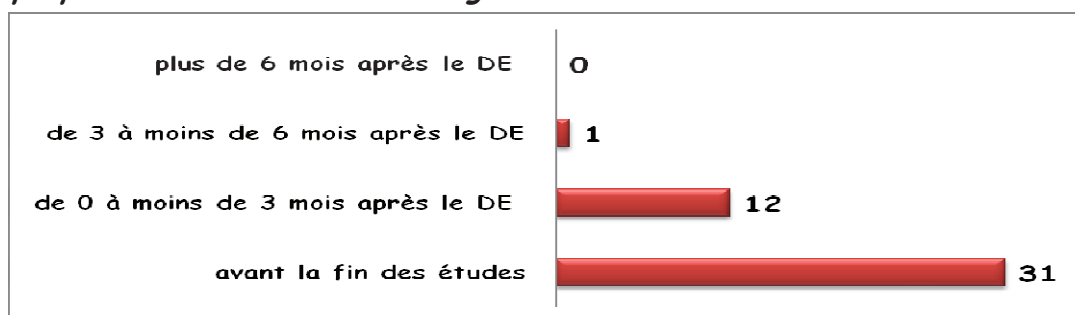
Trois sages-femmes sur quatre ont bénéficié de propositions d'embauches durant leurs stages.

- Graphique 3 : Critères imposés à l'embauche



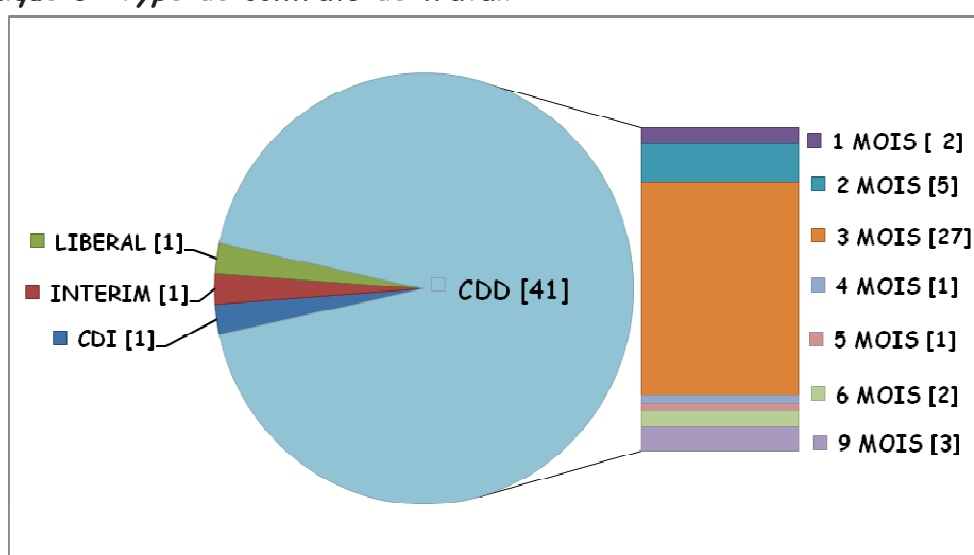
Pour les 12 autres sages-femmes, aucun critère n'était exigé lors de l'embauche.

-Graphique 4 : Contrat de travail Signé



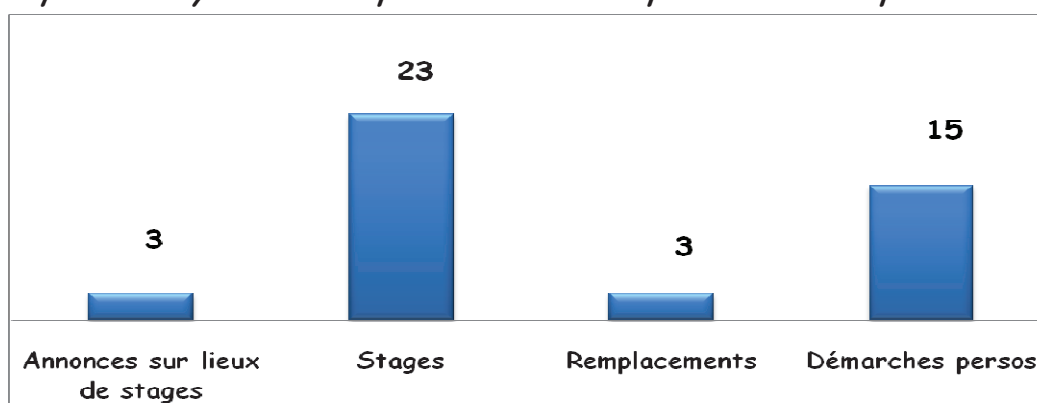
13 sages-femmes ont signé leur contrat de travail dans un délai de six mois.

-Graphique 5: Type de contrats de travail



Les Contrats à Durée Déterminée sont les contrats les plus souvent proposés aux jeunes diplômées, particulièrement ceux d'une durée équivalente à trois mois.

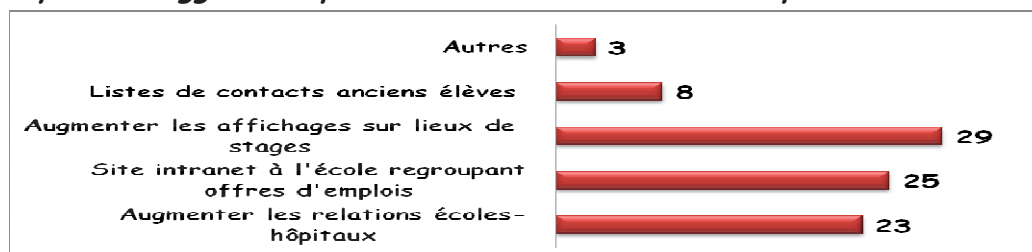
-Graphique 6 : Moyens utilisés par les étudiantes pour trouver un poste



-Les démarches personnelles correspondaient à rechercher et à répondre directement à une annonce du conseil de l'ordre pour sept sages-femmes, répondre à une annonce diverse sur internet (boîtes d'intérimaires, sites médicaux spécialisés) pour cinq d'entre-elles, et, l'envoi d'une candidature spontanée pour trois autres.

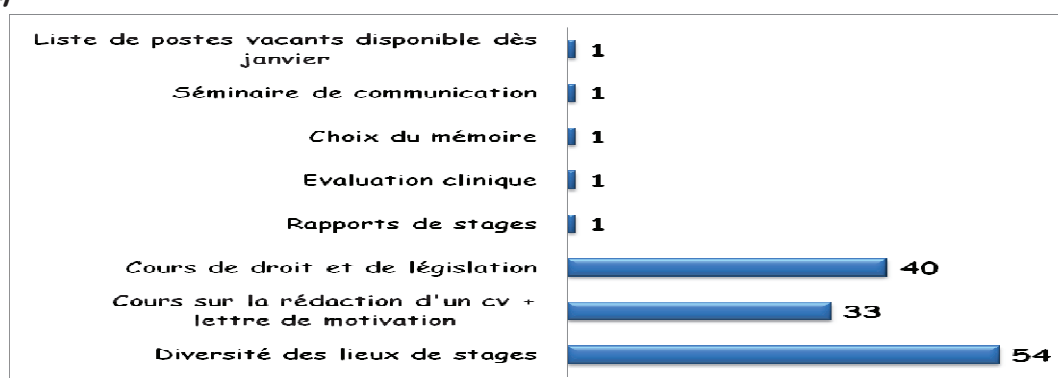
-trois sages-femmes ont rencontré des difficultés dans leur recherche d'emploi car deux d'entre-elles n'ont pas trouvé de poste disponible en juillet et une n'a obtenu son diplôme qu'en septembre.

-Graphique 7 : Suggestions pour faciliter la recherche d'emploi



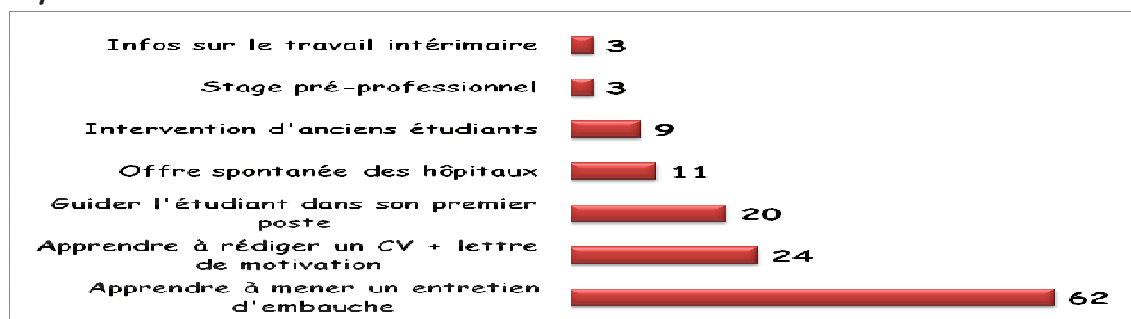
Une information plus claire et plus accessible sur les offres disponibles est plébiscitée par la majorité des jeunes sages-femmes.

-Graphique 8: Eléments essentiels de la formation initiale pour la recherche d'emploi



La recherche d'emploi est faite de manière très organisée, les cours et les stages sont considérés comme des supports importants.

-Graphique 9 : Eléments manquants de la formation initiale pour la recherche d'emploi

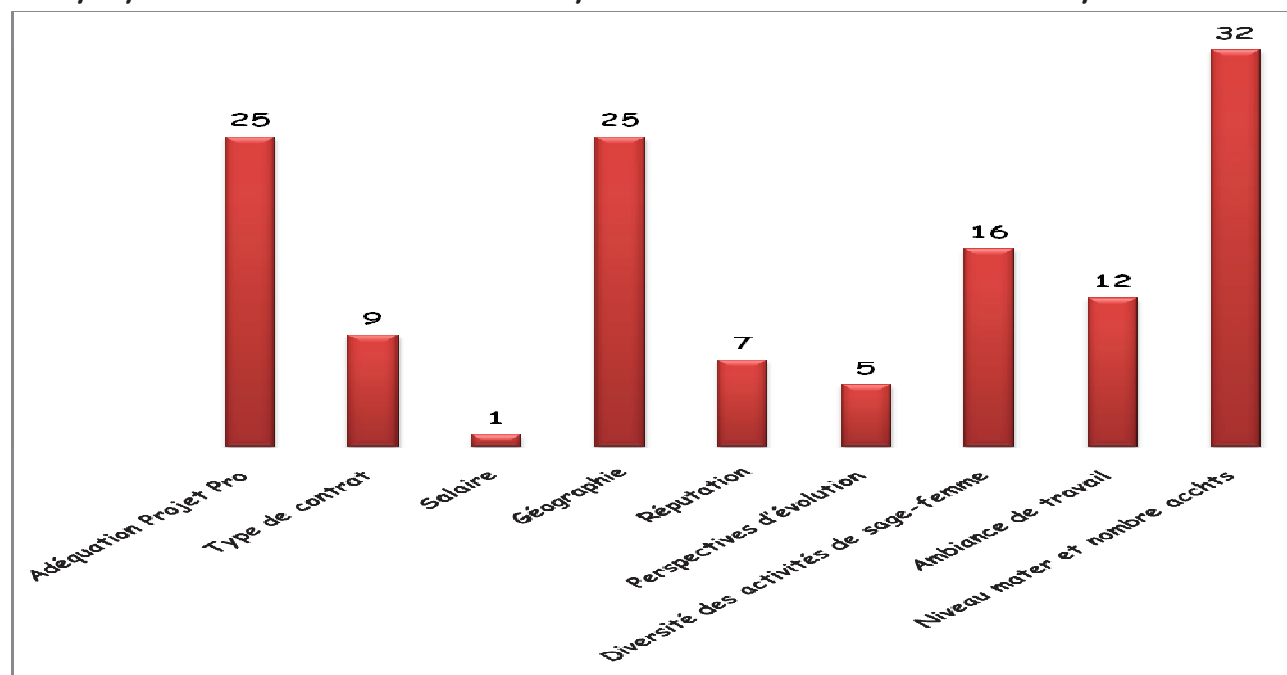


L'enseignement concernant spécifiquement le recrutement manque essentiellement aux jeunes diplômées.

➤ 2.2.1.3 Premier poste

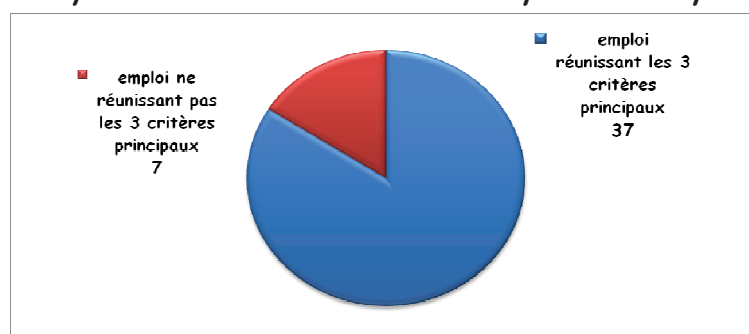
-Seule, une sage-femme a choisi son poste par nécessité, faute de temps et/ou d'argent et non pas par choix délibéré et réfléchi.

- Graphique 10 : Critères de choix indispensables dans leur recherche d'emploi



Un critère principal se distingue nettement, le niveau et le nombre d'accouchements de la maternité plébiscité par 32 sages-femmes.

- Graphique 11: Adéquation entre les critères de départ et l'emploi trouvé



Malgré leurs critères de bases très précis, la majorité des sages-femmes a trouvé un poste qui répondait parfaitement à leurs attentes.

- Tableau 4 : critères sacrifiés

Diversité des activités de SF	Distance	Adéquation avec le projet professionnel
1	4	2

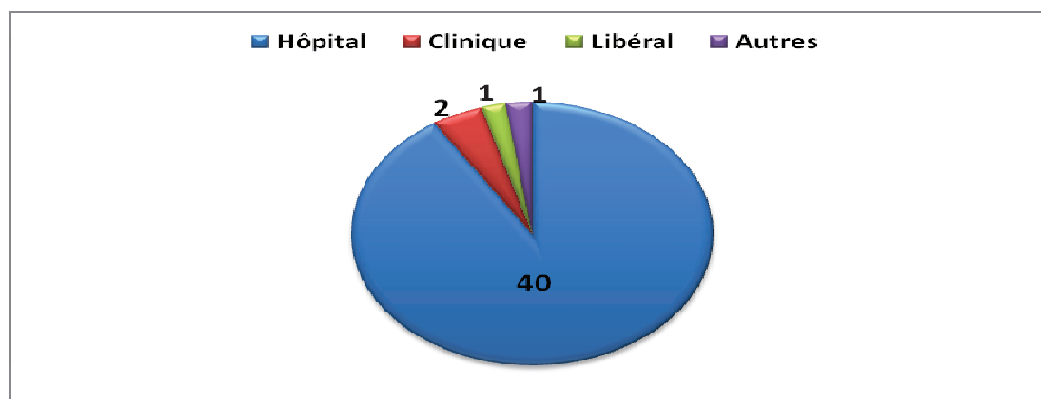
-Tableau 5 : critères privilégiés

ambiance de travail	distance	niveau de maternité
4	2	1

Le critère le plus sacrifié est celui de la distance.

Celui qui sera privilégié est l'ambiance de travail.

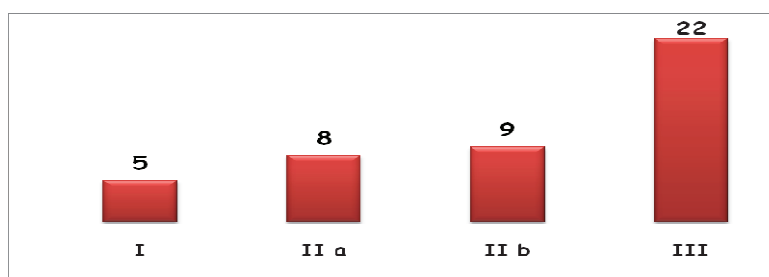
-Graphique 12 : Répartition du nombre de sages-femmes en fonction du secteur d'activités



L'hôpital est le secteur le plus représenté.

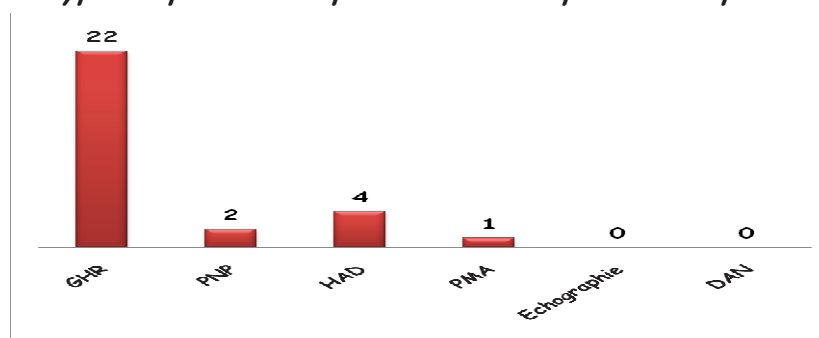
La branche « autres » correspond à une sage-femme qui travaillait dans une société d'ambulance faute d'offre d'emploi vacant.

-Graphique 13 : Niveau de Maternité

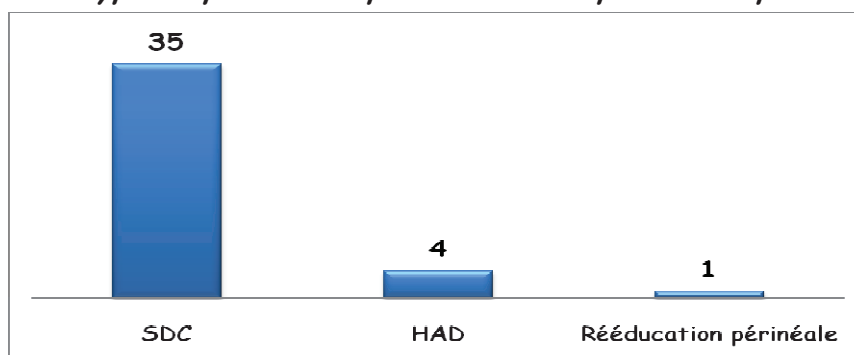


La plupart des emplois est exercée en structure de niveau III.

Graphique 14 : Type de postes occupés durant leur premier emploi e anténatal



-Graphique 15 : Type de postes occupés durant leur premier emploi en postnatal



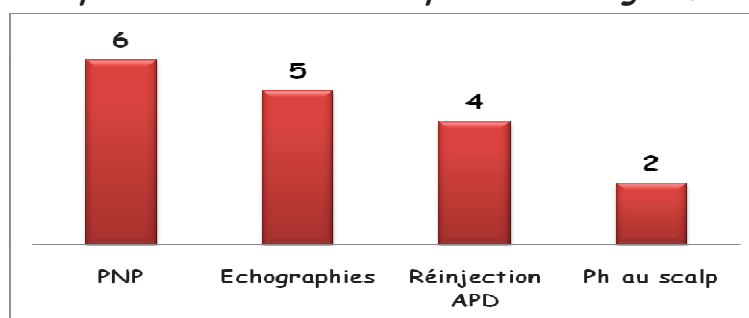
Le service de grossesses à haut-risques est incontestablement le poste le plus proposé en anténatal et c'est en suites de couches que la plupart des jeunes diplômées vont travailler en post natal.

La salle de naissance est proposée à 42 jeunes diplômées.

2.2.1.4 Compétences

Lors de leur premier poste, trente deux sages-femmes déclarent utiliser toutes leurs compétences et pensent que, en sortant de l'école, celles-ci sont complètes.

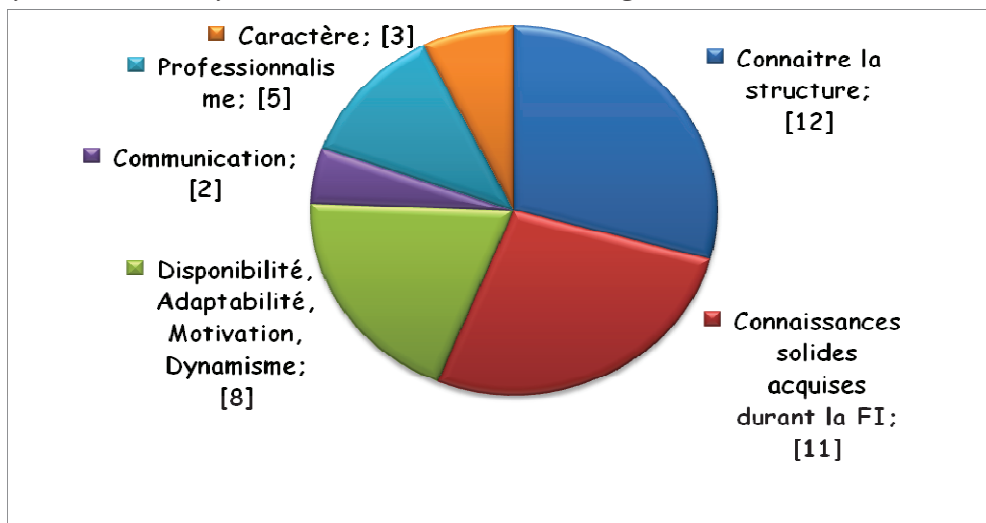
-Graphique 16 : Compétences non sollicitées pour douze sages-femmes



Les actes techniques très précis font partis des compétences non utilisées des jeunes sages-femmes diplômées.

➤ 2.2.1.5 Vécu

-Graphique 17 : Principaux atouts des nouvelles sages-femmes



Le principal atout est dû à la formation initiale grâce aux connaissances théoriques et aux stages effectués.

-Graphique 18 : Difficultés Personnelles



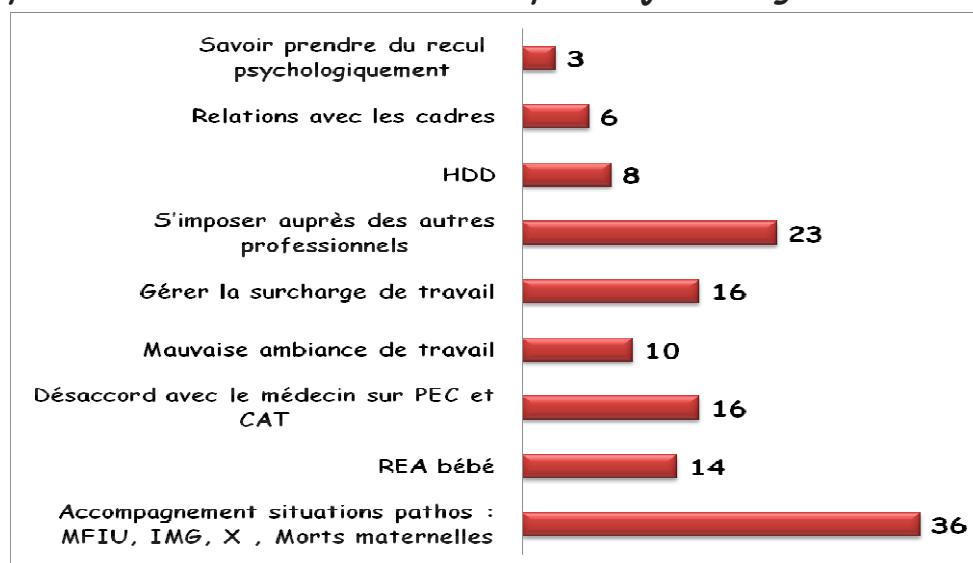
Ce qui ne peut être appris en formation initiale, poids des responsabilités et intégration professionnelle constituent de réelles difficultés personnelles pour la majorité des jeunes sages-femmes.

-Graphique 19 : Difficultés Professionnelles



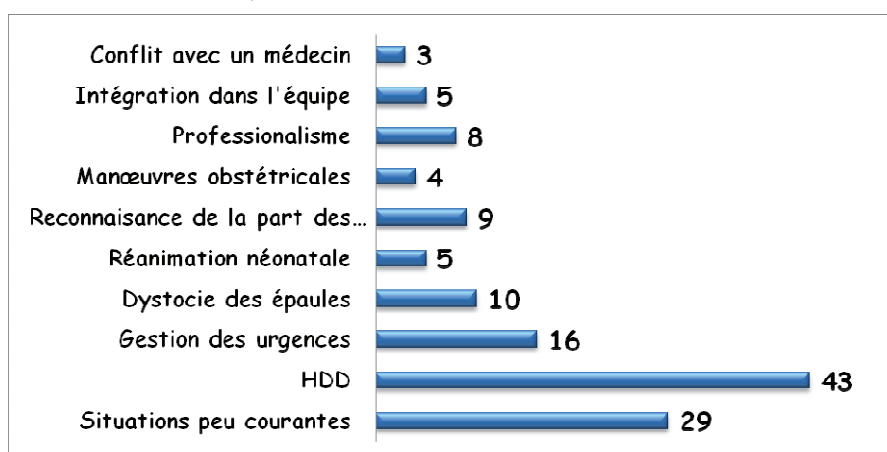
Seules deux sages-femmes n'ont rencontré aucune difficulté professionnelle.

-Graphique 20 : Situations difficiles vécues pas les jeunes sages-femmes



Les situations difficiles émotionnellement sont jugées les plus compliquées à prendre en charge.

-Graphique 21 : Situations faciles



Trente trois sages-femmes pensent que les réussites rencontrées sont dues à la formation initiale.

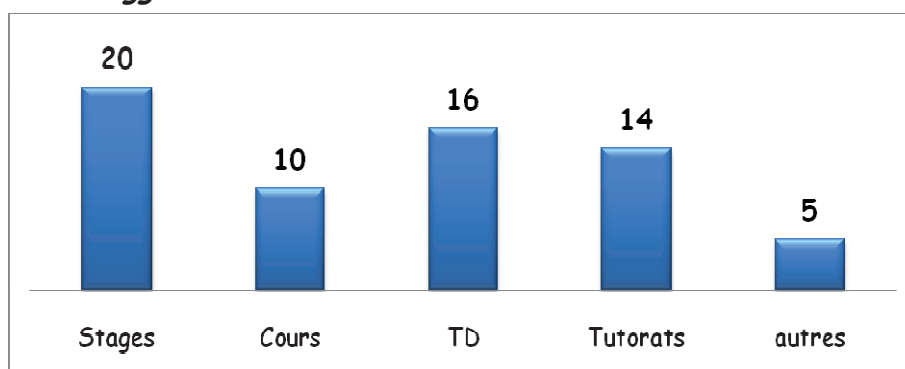
Les situations délicates d'urgences ne posent pas de problèmes particuliers.

- Tableau 6: Etiologie des difficultés rencontrées

Manque de théorie	Manque de pratique
6	38

Les difficultés rencontrées sont dues à un manque de pratique, phénomène normal en sortant de l'école.

-Graphique 22: Suggestions d'amélioration



La formation initiale doit améliorer les stages ainsi que les travaux dirigés et les tutorats.

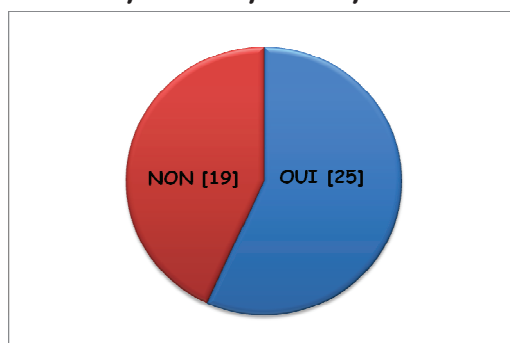
-Tableau 7 : Suggestions d'amélioration pour les stages

Stage préprofessionnel	En province	Diversité des lieux de stages
28	37	12

L'élargissement des stages en province est plébiscité par plus de la moitié des sages-femmes interrogées.

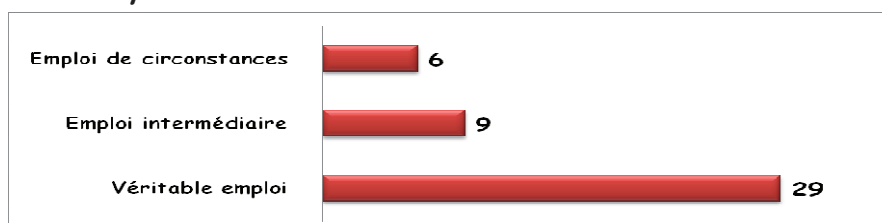
• 2.2.1.6 Situation actuelle

-Graphique 23 : Changement de poste depuis le premier emploi



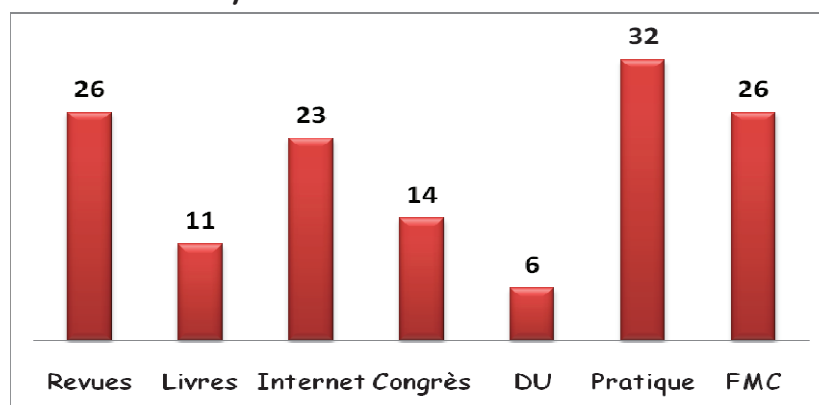
La majorité des sages-femmes en poste a changé de poste depuis le premier emploi.

-Graphique 24 : Emploi actuel



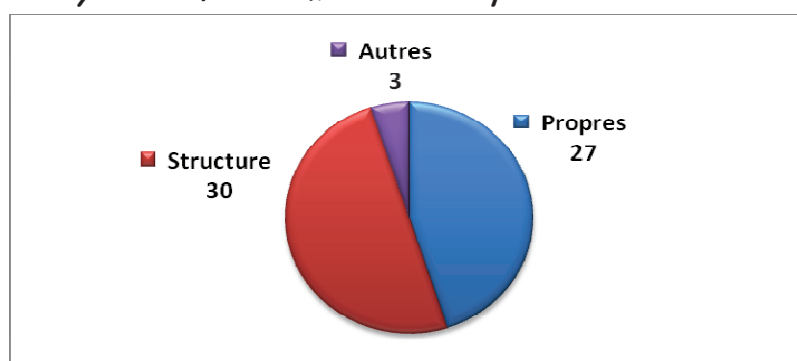
Par véritable emploi, les sages-femmes entendent qu'elles souhaitent être titularisées dans cette structure et développer leur projet professionnel à long terme.

-Graphique 25: Entretien et poursuite des connaissances



La pratique est considérée comme étant le meilleur moyen d'entretenir ses connaissances avec les revues, la FMC et internet

-Graphique 26: Moyens de financement utilisés pour l'entretien des connaissances



La moitié des sages-femmes utilisent leurs propres moyens pour entretenir leurs connaissances.

2.2.2 Résultats des entretiens

Au cours des entretiens, plusieurs questions ont été posées, les résultats sont présentés selon leur ordre.

➤ 2.2.2.1 Caractéristiques de l'embauche

Toutes les cadres interrogées s'accordent à dire que c'est le passage en stage qui conditionne le recrutement. En effet, le stage leur permet de situer la nouvelle professionnelle postulante et de reconnaître ses compétences.

«le passage en stages est essentiel car cela donne une bonne idée de la façon de travailler des étudiantes. Le « repérage » commence tôt et ne dépend pas de l'année mais dépend du profil et des compétences de l'étudiante ».

Le retour du vécu de stages se fait par les professionnels de santé ayant encadré l'étudiante : sages-femmes, infirmières, internes, anesthésistes, auxiliaires de puériculture. Il se réalise de manière plus ou moins formelle selon la politique de service en vigueur. Si un poste devient disponible, trois cadres sur six proposent à l'étudiante un contrat à durée déterminée (CDD) dès la fin de son stage.

Une cadre du service public, niveau II B, organise une réunion spécifique avec les sages-femmes et examine les curriculums vitae (CV) envoyés : *« pour les sélectionner, on organise des tables rondes avec les sages-femmes de salle et l'équipe. On fait le point sur les différentes candidatures. Le recrutement n'est pas vraiment formaté ».*

L'autre cadre du service public, niveau III, préfère organiser cela au fur et à mesure de l'avancée des stages et de l'année, en fonction des retours qui lui sont faits : *« si une étudiante a donné une très bonne impression, si elle est excellente, on va lui demander où elle souhaite postuler cet été, et si elle veut venir travailler chez nous. Tout ça ce n'est pas formalisé mais intuitif, c'est un apriori : le lieu de stage, son adaptation, tout ça c'est un critère de choix pour moi. »*

La troisième cadre, participant au service public hospitalier (PSPH), niveau I, s'organise pour avoir toutes les sages-femmes postulantes au téléphone, c'est le passage en stage dans sa structure et l'implication dont a fait preuve l'étudiante qui va la distinguer : *« j'essaie de les avoir toutes au téléphone; je garde leurs coordonnées et je les appelle quand j'ai une vacation à pourvoir. Les étudiantes qui sont venues en stage et nous font la demande de venir chez nous après pour prendre des vacations, on va les noter sur le cahier des remplaçantes et on va les appeler avant même les autres sages-femmes qui nous auraient envoyé un CV et qu'on ne connaît pas. On les appellera elles d'abord parce qu'on sait qu'on les connaît, que ça a bien fonctionné en stage en 4ème année. »*

Les cadres du privé ont les mêmes conditions de recrutement, le passage en stage. Cependant, la population qu'elles recrutent est différente. Ce sont très souvent des étudiantes sages-femmes belges qui postulent car l'accès aux établissements privés est plus facile pour elles que pour les structures publiques.

« Les premiers contacts se font surtout avec les étudiantes belges qui viennent faire leur stage ici. Les étudiantes françaises ne viennent ici qu'en première année, en service de chirurgie et au bloc opératoire et en deuxième année en service de néonatalogie. »

➤ 2.2.2.2 Critères d'embauches exigés par les cadres

Le critère commun est l'obtention du diplôme d'état, les autres critères exigés diffèrent selon la politique propre de l'établissement et son projet.

Dans les structures privées (niveau I et II), c'est la politique d'accompagnement qui prévaut avec l'adaptabilité, la flexibilité et l'expérience en salle de naissance de la nouvelle sage-femme : *«ce n'est pas pour être péjorative mais en ce moment on veut faire croire aux sages-femmes que ce sont des petits médecins mais c'est faux, notre spécificité c'est l'accompagnement et c'est pour ça que l'on se bat: pour faire de l'accompagnement de bonne qualité. Quant aux plannings, ils sont irréguliers, au départ, la jeune sage-femme comblera les trous ».*

Une cadre, niveau I, insiste sur le fait que *« la sage-femme doit adhérer à notre projet de niveau un pour faire un vrai accompagnement de la parentalité et de la maternité, on met vraiment toute notre âme, notre force et notre temps dans cet accompagnement là. L'échange et la communication avec le couple sont aussi essentiels, on veut que les sages-femmes ne soient pas que des instruments. Si c'est une technicienne elle va s'ennuyer, mais si elle recherche autre chose et qu'elle est capable de prendre le temps, de l'accompagner dans son accouchement sans péridurale, de lui prendre la main alors oui, c'est un autre monde.»*
« Il faut qu'elle soit en accord avec notre façon d'aborder l'accouchement, qu'elle adhère au projet de l'équipe de sage-femme.»

Les structures publiques s'intéressent aux compétences propres de chaque sage-femme et à son parcours d'étudiante. Certaines cadres demandent à voir les validations de garde de 4^{ème} année par exemple. D'autres se fient au ressenti des collègues sages-femmes ayant travaillé avec elle.

La disponibilité, l'esprit d'équipe, l'honnêteté et le dynamisme sont des valeurs ajoutées citées par les cadres indispensables pour le choix des futures recrues.

Le thème du mémoire de fin d'études est pour la plupart des cadres un bon moyen de cerner l'ouverture d'esprit de la jeune sage-femme : *«j'aime toujours savoir quel est leur sujet de mémoire, ça révèle une partie de leur personnalité, une part d'elle-même qu'elles ont projeté. Ça m'intéresse beaucoup »*

➤ 2.2.2.3 Intérêt du recrutement des jeunes diplômées

La majorité des cadres préfère embaucher des jeunes diplômées plutôt que des sages-femmes expérimentées.

Elles argumentent cette idée en expliquant que la nouvelle sage-femme qui postule et qui en général a fait son stage ici, connaît déjà bien la structure, les habitudes du service et les protocoles, ce qui n'est pas le cas des autres sages-femmes qui peuvent s'interroger sur une conduite à tenir ou une prise en charge: *«c'est évident qu'on préfère avoir une*

jeune diplômée ayant fait beaucoup de stages dans le service que quelqu'un qui arrive avec des exigences déjà plus anciennes, des compétences et connaissances qui ne sont pas forcément celles qu'on va demander ici très rapidement, voilà, c'est vrai que c'est moins facile... ».

Deux cadres expliquent clairement que les demandes de mutations qu'elles reçoivent sont difficiles à satisfaire: *« j'ai des demandes de mutation, moi j'en accepte très très peu sauf pour des raisons stratégiques et administratives pour éviter qu'on nous retire des postes s'il ne sont pas occupés pendant assez longtemps. C'est un dernier choix pour moi. Les mutations c'est plus délicat car c'est une sage-femme qui a de l'expérience mais on ne la connaît pas, on ne l'a pas évaluée à part lors de l'entretien».*

«Mon but est de limiter les mutations au profit des CDD afin de garder un équilibre entre les différents postes, titularisation/mutation ».

De plus, la motivation, l'implication, le dynamisme et la malléabilité dont font preuve les jeunes sages-femmes sont appréciés par les cadres.

«L'équipe de sage-femme a intérêt à se renouveler sans arrêt, l'apport des jeunes est essentiel pour nous car elles arrivent en amenant une dynamique, des questions, des idées et la transmission dans le métier de sage-femme est vraiment intéressante et indispensable. »

«Plus l'équipe est grande, plus il y a de la dilution, moi je dis toujours, ce que j'aime ce sont les jeunes sages-femmes ou les sages-femmes un peu plus expérimentées c'est d'avoir une équipe impliquée. L'équipe doit être impliquée et pas seulement concernée.»

Contrairement aux maternités privées, le salaire, qui tient compte de l'ancienneté de la sage-femme, n'entre pas en jeu dans le recrutement fait par les cadres des maternités publiques.

Pour les jeunes sages-femmes, ce n'est pas un critère décisif dans leur choix de poste.

Une cadre relève une difficulté en expliquant que c'est seulement au bout de quatre/cinq ans que les nouvelles recrues osent donner leur point de vue et s'affirmer auprès de l'équipe médicale.

➤ 2.2.2.4 Type de contrat proposé aux jeunes diplômées

Il existe un consensus dans les réponses données. En effet, le type de contrat va dépendre des disponibilités de postes que possède la structure hospitalière. Les mois d'été sont cruciaux pour le recrutement des nouvelles diplômées.

Dans les structures appartenant au public, un même schéma se dégage car il existe très peu de poste vacant proposé directement à la jeune sage-femme: elle commencera systématiquement par un CDD pour les remplacements d'été, d'une durée de trois mois environ et qui peut être renouvelé plusieurs fois, dans la limite maximale, en fonction des besoins de l'établissement. Si un poste vacant est disponible durant sa période de CDD, c'est l'ordre d'arrivée et les appréciations obtenues de l'équipe pluridisciplinaire qui déterminent en général le passage en stagiairisation aboutissant à une titularisation un an plus tard et donc à un Contrat à Durée Indéterminée(CDI).

La plupart du temps, les cadres reçoivent les candidatures des étudiantes sages-femmes de quatrième année durant le mois de mars-avril et rendent leur réponse en mai.

Une cadre du public insiste sur le fait que le planning de la nouvelle sage-femme, même en CDD, doit être fait de manière équitable et juste vis-à-vis de ses autres collègues plus anciennes. *«Le planning est fait de manière équilibrée, ce n'est pas parce que vous êtes jeune, diplômée récemment et en CDD que vous allez boucher les trous, vous avez un planning fixe avec un nombre d'heures normales puisque moi je ne veux pas qu'on accumule des jours et des jours de récupération à n'en plus finir surtout si vous êtes en CDD, à la fin du CDD il faudra les prendre. Effectivement, le CDD est pris pour combler les titulaires ».*

Pour la structure PSPH ce sont souvent des vacations qui sont proposées car il existe rarement des postes en CDD disponibles. La cadre explique qu'elle propose de nombreuses vacations équivalentes à un temps plein et que les sages-femmes sont en général satisfaites de travailler ainsi car elles peuvent conserver certains avantages comme la prime de précarité. : *«Celles qui font des vacations disent qu'elles aiment ça, d'abord parce qu'elles ont leur prime de précarité, qu'elles sont jeunes et qu'elles veulent des sous, et surtout parce qu'on leur assure quand même quasiment tout le temps un temps plein et elles peuvent poser des vacances un peu quand elles veulent, sauf l'été bien sur. »*

Dans les établissements privés à but lucratif, une cadre explique qu'elle procède comme dans le public, avec en plus des vacations sauf si elle a un poste vacant en CDI. Dans ce cas, elle le proposera d'emblée à la jeune sage-femme : *« je propose directement un CDI si j'en ai un. De toute façon il y a la période d'essai de un mois renouvelable une fois qui me permet d'évaluer la jeune sage-femme et qui lui permet de savoir si elle se sent bien chez nous. ».*

L'autre cadre du privée explique qu'elle propose des CDD, des vacations mais aussi des CDI intermittents. Les CDI intermittents correspondent à l'embauche de deux ou trois sages-femmes intermittentes dites « volantes » dans sa structure, avec lesquelles elle

programme un nombre de gardes annuelles en fonction des souhaits des sages-femmes qu'elles répartissent ensemble. Cela permet de prendre moins de vacataires, qui coutent plus chères, pour remplacer les congés, les réductions du temps de travail (RTT) et permet aux sages-femmes d'avoir plusieurs CDI intermittents dans plusieurs établissements.

➤ 2.2.2.5 Caractéristiques des jeunes diplômées et des postes proposés

Toutes les cadres sages-femmes s'accordent à dire que le plus important est de donner aux nouvelles diplômées un poste où elles ne seront pas seules.

« On pense aussi à la mise en difficulté de la jeune diplômée, on ne veut pas vous faire trébucher trop, on veut qu'elle arrive sereine au travail et ne pas avoir à un mur à escalader. Elle doit prendre le temps de gravir les marches. »

Pour la salle de naissances:

-Cinq cadres (tous secteurs confondus) n'ont pas hésité à orienter les sages-femmes en SDN dès le début. Cependant, une cadre du public préfère, au préalable, que le projet de l'établissement hospitalier soit bien acquis : *« je ne*

souhaite pas qu'elles aillent directement en SDN. Si elles viennent là depuis un ou deux ans pendant les weekends, les nuits, les remplacements d'été, ou, si elles sont venues en stage elles démarrent en SDN puisque quelque part, elles connaissent l'architecture, elles connaissent les médecins, elles se sont imprégnées du mode de fonctionnement et de l'organisation. Par contre quand elles ne connaissent pas du tout, elles démarrent un ou deux mois de suites de couches, c'est du temps gagné pour après car cela permet de se sentir bien en SDN. »

Une cadre du privé préfère voir au cas par cas, lors de son entretien avec la sage-femme.

Pour les grossesses à hauts-risques:

L'avis des cadres est également majoritairement semblable, sur les quatre structures ayant un service de GHR, trois s'accordent à dire que les postes sont bien tenus par les nouvelles diplômées car ils nécessitent simplement *« l'application des connaissances médicales acquises durant la formation initiale »*.

« Elles sont bien meilleures sur toute l'obstétrique de base, la pathologie de base, elles sont vraiment hyper pointues. C'est grâce à leur stage en niveau III ».

Une cadre du public, niveau III, préfère attendre une année d'exercice au sein de son établissement avant de démarrer les GHR.

Pour les suites de couches :

Ce poste est jugé plus délicat pour cinq cadres car il met en avant l'approche relationnelle. Il nécessite de la part des nouvelles diplômées une vraie prise en charge du couple mère-enfant : *« c'est beaucoup moins une approche technique, donc, les nouvelles diplômées sont beaucoup moins à l'aise. »*

Pour les consultations (CS):

Les cadres sages-femmes du public ne souhaitent pas mettre les jeunes diplômées en consultation car c'est un poste où elles sont seules, et elles jugent que ce n'est pas très simple dès la sortie de l'école. *«C'est plus anxiogène car c'est un poste où elles sont seules et ça c'est pas évident », «Je les lâche avec le temps, je leur propose de faire une matinée en consultation et je fais le point avec elles après. »*

Concernant les activités professionnelles, ce qui va manquer aux jeunes sages-femmes va être très différent selon les cadres et selon le niveau de la maternité : ca peut être l'accompagnement de la femme et de la douleur mais également les activités difficiles telles que l'IMG, la MFIU ou l'accompagnement de fin de vie des enfants.

Une cadre explique qu'elle préfère que ces actes soient réalisés par deux sages-femmes dans le but d'améliorer la prise en charge de la femme mais également dans le but de « protéger » les sages-femmes.

La réanimation-néonatalogie ne pose pas de souci particulier en général.

➤ 2.2.2.6 Difficultés rencontrées lors de leur intégration professionnelle

Chaque cadre a pointé des difficultés personnelles et professionnelles différentes.

Pour la première cadre d'une structure publique, niveau III, les difficultés sont la présentation d'un dossier au Staff. En effet, rendre des comptes au chef de service est quelque chose de nouveau pour les jeunes sages-femmes, elles mettent en avant leurs responsabilités et leurs connaissances.

Les premières situations d'IMG sont aussi un moment délicat car c'est la première fois où elles se retrouvent seules face au couple dans une situation particulièrement douloureuse et émotionnellement difficile.

Aux urgences, lorsque des sages-femmes d'expériences laissent repartir les femmes à terme, les jeunes professionnelles préfèrent les hospitaliser.

Le positionnement face à l'équipe paramédicale est difficile, surtout lorsque celle-ci a beaucoup d'expérience.

Pour la deuxième cadre d'une grande structure publique également, niveau III, les difficultés perçues sont surtout de l'ordre du positionnement face à l'équipe médicale et principalement face aux médecins : les sages-femmes mettent du temps à

s'adapter et s'approprier leur nouveau statut de professionnel. *« Je leur ferais le reproche si elles ne disent pas ce qu'elles ont à dire au médecin, c'est à dire que ce que j'attends d'une sage-femme c'est qu'elle ait un diagnostic et un pronostic, qu'elle soit une force de bon sens et de propositions en thérapeutiques et que ca se discute. Ce n'est pas une exécutante. »*

Pour elle, il est très important que la jeune sage-femme sache réfléchir et avoir du sens clinique.

La troisième cadre du public, niveau II B, remarque le plus souvent le manque d'assurance, qui pour elle n'est pas réellement une difficulté. Elle explique qu'elle préfère cela à une sage-femme trop sure d'elle qui n'aurait pas le recul éventuel et qui n'aurait pas de regard critique sur son mode de travail : *« Une assurance trop importante peut être dangereuse car il n'y a jamais de remise en question. La confiance viendra après, ce n'est jamais un handicap. L'envie de bien faire ainsi que la conscience professionnelle reste le plus important pour moi. »*

Par contre elle observe une « déviance » de la part des nouvelles diplômées, qui ont tendance à appeler très facilement le pédiatre en cas de réanimation néonatale car il est sur place : *« Je pousse la sage-femme à ne pas perdre ses compétences car le jour ou l'état d'urgence est nécessaire, il faut avoir fait un geste plusieurs fois pour qu'il soit efficace. »*

Une cadre privé, niveau I, insiste sur le fait que les nouvelles diplômées ne sont jamais seules en salle de naissances mais en binôme avec des sages-femmes expérimentées. Ainsi, au moindre problème (réanimation néonatale par exemple) elles pourront être guidées voire relayées si besoin. : *« ici les collègues savent que forcément la fille qui est en binôme avec une nouvelle sage-femme va forcément l'aider, elle le sait. On a fait pareil pour elle quand elle est arrivée, donc il n'y a pas de raison, c'est normal qu'on fasse ça pour les nouvelles qui arrivent. C'est une continuité, c'est comme ça que ça devrait être toujours. »*

Une autre cadre du privé, niveau II A, insiste sur le fait que, étant donné que le staff n'existe pas, lorsqu'il existe une difficulté dans le service elle organise des revues de morbi-mortalité en fonction des dossiers qui ont posés problème à l'équipe. Cela s'organise au cas par cas, deux à trois fois par an en fonction des besoins. La prise en charge est revue dans le but de l'améliorer si besoin.

La dernière cadre explique que dans sa structure de niveau I, ce qui est problématique pour la sage-femme c'est « l'angoisse de la nuit » de se retrouver seule face au couple car il n'y a avec elle qu'une auxiliaire de puériculture en salle de naissances. Le nouveau rythme de vie qu'imposent les gardes est également une difficulté relevée : *« Je pense que la cadre a un rôle de mettre au repos ces sages-*

femmes, physiquement et intellectuellement en l'envoyant soit en vacances soit en formation ludique. »

La gestion de son stress, le débriefing avec son supérieur sont également importants car il ne faut pas rester sur un doute de prise en charge, sur une situation équivoque ou sur un sentiment de culpabilité. : *« Il faut se remettre dans le cadre : pour chaque dossier difficile je refais toujours un débriefing. C'est sous forme d'entretien individuel, sauf pour les cas récurrents (prise en charge de l'HDD par exemple) c'est une table ronde, c'est un très gros travail. On peut être amené à mettre en place certaines choses. C'est d'abord une volonté des sages-femmes, puis ça remonte auprès des services et les médecins suivent après. »*

➤ 2.2.2.7 Accueil, encadrement et prise en charge des jeunes sages-femmes

Toutes les cadres affirment que l'accueil des nouvelles diplômées est plus délicat que celui d'une sage-femme expérimentée car le processus d'insertion professionnelle au sein d'une équipe est quelque chose de nouveau et de stressant pour elles, contrairement aux anciennes sages-femmes.

Cet accueil doit se faire de manière plus attentionnée : elles expliquent qu'elles vont essayer d'être plus vigilantes, plus présentes si les jeunes professionnelles en ressentent le besoin.

En général, la plupart essaie de mettre en place un accueil spécifique pour les nouvelles diplômées. Chacune, en fonction des besoins de l'établissement et de ce qu'elle pense être le plus efficace en fonction du statut de jeune diplômée, va essayer d'adapter l'environnement professionnel en vue de son intégration.

Une cadre propose de faire une semaine d'intégration, à 7H30 par jour, dans tous les services, puis de terminer la semaine en SDN. Elle veille particulièrement à ce que les nouvelles sages-femmes ne tournent pas ensemble en SDN et met systématiquement une nouvelle avec des plus anciennes : *« C'est la mise en place du compagnonnage et ça durant la première année voire les 18 premiers mois ».*

Une cadre va proposer au préalable une semaine d'intégration en SDC avant de l'orienter en SDN.

Une autre va doubler les deux premières gardes en SDN de la jeune recrue. Sa politique est d'autonomiser la sage-femme le plus rapidement possible et ce dès le début du contrat. Elle veut la mettre en condition et insiste sur l'importance de la collaboration avec ses collègues. : *« Moi je leur dis : ce sont tes futures responsabilités que tu vas prendre au cours des gardes. Je préfère la responsabiliser, de toute façon, elle n'est*

jamais toute seule. Je suis contre le maternage à outrance. Je les encourage à poser des questions ».

Pour l'autre, il n'est pas possible de doubler les premières gardes car premièrement, elle n'a pas suffisamment de moyens et deuxièmement *« prendre un poste c'est la continuité d'un cursus »*. Elle préfère mettre en place un accompagnement avec, par exemple, des réunions, des points réguliers faits de façon informels surtout en cas de dossier difficile : *« les jeunes sages-femmes aiment beaucoup ça puisque finalement ça les conforte, ça les rassure et puis c'est rassurant aussi de voir une sage-femme qui a quelques années d'expérience et qui dit : là j'ai pas su, j'ai été dans le doute... »*

Pour une autre, *« rien n'est spécifique »*. Elle fait venir la jeune diplômée un peu en avance sur sa garde, lui explique et lui montre comment s'organisent les locaux et le matériel. En SDN, elle sera *« de toute façon »* avec une ancienne sage-femme : *« J'estime qu'elles sont compétentes jusqu'à preuve du contraire ; elles ouvrent les placards. Vous avez été en stage, vous changez toutes les trois semaines, vous faites comme ça tout le temps: je ne pense pas que pour vous ce soit très impressionnant de venir, d'arriver, de pas forcément tout connaître, d'ouvrir les placards...vous êtes formées »*.

Toutes les cadres sensibilisent également les nouvelles diplômées en les encourageant à venir les voir spontanément en cas de problème, et se rendent disponibles pour elles.

➤ *2.2.2.8 Influence des conditions concrètes d'organisation du travail sur l'insertion professionnelle*

Cinq cadres considèrent qu'elles accompagnent au mieux l'insertion professionnelle des jeunes diplômées compte tenu de leur charge de travail.

Pour chacune, cet accompagnement se fait de manière informelle.

Ce n'est pas quelque chose d'organisé, elle voit en fonction de ses disponibilités, du planning de la jeune recrue, des situations difficiles rencontrées, des retours des professionnels qu'elle aura eus. Cela permet, cependant, d'avoir un suivi permanent : *« Moi je ne fais pas un point toutes les semaines ou tous les mois, je suis dans le service, je vois les choses ...les informations bonnes ou mauvaises me remontent et moi j'interviens immédiatement. Les évaluations sont faites au coup par coup et donc de façon continue »*.

Par ailleurs, la nouvelle sage-femme doit se sentir libre d'aller les solliciter si le moindre problème survient.

« En tout cas je fais tout pour que dans l'équipe il y ait une bonne intégration, que les gens se sentent bien, aussi en terme d'accessibilité car les cadres sont aussi là pour accompagner, chez nous il n'y a jamais de rupture, il y a toujours un cadre

présent pour les jeunes sages-femmes, on passe aussi du temps avec les jeunes sages-femmes pour savoir comment vous vous situez dans l'équipe. »

« Il faut aussi un accompagnement, pas un tutorat mais un accompagnement, et ça on le dit d'emblée au recrutement : nous serons là pour vous accompagner, mais il faut effectivement qu'il y ait un équilibre. Je dis à l'équipe de sages-femmes souvent : moi je ne suis pas là pour faire votre place, par contre je suis là pour vous dire où ça ne va pas, qu'est ce que j'attendais, et par contre je suis toujours joignable si elles ont besoin en cas de coups durs. Ce n'est pas « materner » parce que quelques fois on dit « vous êtes la maman », ce n'est pas ça du tout, c'est justement une béquille. »

Trois cadres insistent sur le fait qu'il est également indispensable pour elles de recueillir l'avis de la sage-femme sur son vécu, sur l'organisation de la structure afin de pouvoir améliorer ce qui ne va pas. Le regard extérieur apporté par la nouvelle sage-femme est fondamental. Toutes les remarques, positives et négatives, sont qualifiées durant les entretiens: *« on accepte aussi toutes les remarques sur l'organisation du service car au bout d'un moment, l'équipe peut ne plus voir quelque chose qui paraît aberrant et qu'il faille faire remonter et, ça, c'est très constructif. »*

La seule évaluation programmée par les cadres sera celle avant la fin du CDD pour expliquer les points forts et les points faibles de la sage-femme, ou, lorsque qu'une mise en stagiairisation est proposée.

Les structures privées interrogées ont mis en place une coordinatrice en salle de naissance, qui pourrait s'apparenter à une cadre sage-femme responsable uniquement de l'organisation de la salle de travail. En cas de situations difficiles, cette personne permet souvent de faire le lien entre la cadre et la jeune diplômée et ainsi de régler les problèmes rapidement.

Il est à noter qu'une cadre explique qu'elle ne peut pas encadrer les nouvelles sages-femmes diplômées car sa charge de travail tellement importante, surtout au niveau des ressources humaines, ne le lui permet pas de se dégager assez du temps pour cela.

3 ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION

3.1 Evaluation de la validité de l'étude

3.1.1 Evaluation de l'enquête auprès des sages-femmes jeunes diplômées participantes aux questionnaires

Le moyen utilisé pour contacter les sages-femmes et constituer l'échantillon n'a pas permis de recruter l'intégralité des diplômées de 2008. Elles ont en effet été contactées par mail, les adresses étant fournies par les associations de chaque école. Or, ces associations n'avaient plus contacté les anciennes étudiantes depuis plus d'un an, ainsi, la validité des adresses n'était pas garantie.

De plus, l'approche par mail sans contact personnel direct entre enquêteur et participantes limite également le taux de réponses. Deux relances ont du être faites pour atteindre un taux satisfaisant de réponses.

Les sages-femmes ayant répondu étaient toutes des femmes, alors que six hommes faisaient partie des listes de mail.

Le fait également de ne s'adresser qu'à des écoles parisiennes constitue un biais car à Paris, la diversité, le nombre de lieux de stages et le type d'établissements hospitaliers sont beaucoup plus importants que sur le reste du territoire national et ne sont donc pas représentatifs de l'ensemble du paysage hospitalier français.

L'échantillon de sages-femmes ayant répondu (quarante sept) n'a pas de valeur représentative. Il ne permet pas une généralisation des réponses à l'ensemble des nouvelles diplômées. Il a en revanche une valeur qualitative et permet d'identifier un certain nombre de problèmes rencontrés au cours de l'insertion professionnelle, de proposer des pistes d'analyse et de réflexion en vue de leur meilleure anticipation.

Sur la base de cette étude qualitative, il serait particulièrement intéressant de lancer ensuite une recherche quantitative étendue à l'ensemble du territoire.

La force de cette étude est due au choix de l'année 2008, qui présente un double intérêt : les professionnels ont une expérience déjà constituée de leur insertion professionnelle et la période de formation initiale est encore bien présente dans leur esprit.

3.1.2 Evaluation de l'enquête auprès des cadres sages-femmes interrogées

Les six cadres sages-femmes ont été recrutées en respectant la contrainte de situations contrastées, en fonction du type de maternité (types I, II, ou III) et du type d'établissement (public, PSPH, privé). Le choix des maternités s'est fait surtout en fonction de leur statut, public, privé et de leur niveau de soins. L'hétérogénéité de ces maternités est une force pour l'étude car elle permet une plus grande représentativité et une plus grande richesse de pratiques et « d'échanges ».

Comme pour les jeunes diplômées, la démarche est une démarche qualitative, le but étant d'apporter des connaissances et d'élaborer des pistes de réflexions.

3.1.3 Evaluation du questionnaire

Le questionnaire envoyé était composé de questions fermées et de questions ouvertes pour permettre une plus grande richesse des résultats et donc une meilleure compréhension de l'insertion professionnelle des jeunes diplômées. L'intérêt de questions ouvertes est que les réponses n'entrent pas systématiquement dans les anticipations et hypothèses de l'enquêteur, et, peuvent suggérer des pistes d'analyse auxquelles il n'avait pas pensé initialement. Ceci nourrit une approche inductive. En outre, ces questions ouvertes permettent de recueillir le point de vue des interviewées, les jeunes sages-femmes diplômées qui sont les premières intéressées par l'insertion professionnelle. Il était en effet important de les laisser désigner elles-mêmes ce que sont les situations les plus difficiles (ou au contraire faciles) à gérer, sans les identifier à leur place, ce qui m'aurait fait courir le risque de passer à côté de certains aspects de leur expérience réelle.

Quelques participantes ont relevé la difficulté de répondre à des questions ouvertes, ceci a ainsi pu biaiser certaines réponses et la poursuite de l'enquête.

Avec plus de temps et de moyens, il aurait été intéressant de mener ces questionnaires de visu, afin de « relancer » le cas échéant les interviewées sur les questions qu'elles laissaient de côté.

3.1.4 Evaluation de l'entretien

Les entretiens étaient organisés sous une forme semi-directive. Ce cadre a été choisi pour la richesse des éléments recueillis qu'il induit.

La technique d'entretien est délicate, car il faut savoir rester neutre et ne pas orienter les réponses, laisser l'interviewé déployer librement son récit tout en suivant un fil

conducteur, un guide d'entretien, qui permet d'aborder l'ensemble des questions que souhaite éclairer l'interviewer.

La forme semi-directive permet d'aborder les différents thèmes requis, mais dans un cadre formel relativement libre. Ceci est essentiel pour mieux comprendre comment et selon quels processus, les interviewés abordent spontanément la question de l'insertion des jeunes professionnelles. Les entretiens, très complets et très riches, ont permis d'analyser leurs réponses. Cette analyse a été longue et complexe, car l'ensemble des propos recueillis est important et ne s'impose pas dans un ordre ni une formulation préétablie, contrairement au questionnaire.

Les résultats d'entretien renseignent sur la façon dont les personnes interrogées voient leur action et non sur les pratiques en situation sur lesquelles l'observation qui aurait pu nous renseigner directement

3.2 Analyse et Discussion des résultats de l'étude

3.2.1 Les jeunes sages-femmes rencontrent lors de leur insertion professionnelle des problèmes qui ne peuvent tous être prévenus par la formation initiale

Les jeunes sages-femmes diplômées témoignent de façon massive de difficultés.

La première renvoie aux difficultés à faire valoir leurs qualités de professions médicales vis-à-vis des médecins, en effet, discuter l'avis d'un médecin est jugé problématique par les jeunes sages-femmes.

La deuxième source de difficultés peut être rapportée aux conditions concrètes de travail et d'organisation de travail, souvent à flux tendus. Savoir gérer le travail en fonction des différentes priorités dans un contexte de surcharge de travail vient en seconde position. Etre à jour d'un point de vue administratif (dossier, codage...) vient en troisième place dans la hiérarchie des problèmes rencontrés.

La plupart des cadres interrogées observent les mêmes difficultés chez les jeunes professionnelles. Il existe un recoupement des réponses données entre ces deux groupes interrogés qui permet de faire ressortir des similitudes de réponses.

Les cadres essaient d'aider les jeunes diplômées à surmonter ces problématiques.

Elles déclarent les encourager à donner et discuter leurs avis face aux autres professionnels et à demander de l'aide.

Les cadres témoignent majoritairement lors de leur entretien, de la position délicate dans laquelle se retrouvent les sages-femmes, les premiers mois.

Les trois principales difficultés citées précédemment sont indépendantes du niveau de maternité ou du poste occupé, car toutes les cadres ont fait le même constat, malgré des établissements d'origine différents.

Selon les dires unanimes des jeunes professionnelles, ces problématiques sont déjà identifiées en stage par les étudiantes, mais abordées avec détachement, car les sages-femmes encadrantes s'axent surtout sur la connaissance et la progression du sens « clinique » des étudiantes.

En revanche, les problèmes, spécifiques, d'organisation du travail deviennent récurrents dès lors qu'elles sont embauchées.

Par exemple, lors de l'enquête, de nombreuses jeunes sages-femmes ont expliqué grâce aux questions ouvertes, que le travail administratif était très souvent réalisé par les sages-femmes et, qu'en tant qu'étudiantes, elles s'occupaient surtout de la prise en charge de la femme. Cette division des tâches est due à une volonté propre de chaque sage-femme en poste et permet ainsi un certain équilibre entre la professionnelle et l'étudiante: la professionnelle laisse l'étudiante s'occuper de la patiente et supervise ses actions en tenant à jour le travail administratif.

L'analyse des résultats de l'enquête permet d'affirmer que la réorganisation du travail entre le stage et l'emploi, avec une moindre part consacrée aux pratiques médicales et une part plus importante consacrée au travail administratif est jugée comme un problème et une difficulté par les jeunes professionnelles.

Mais cette problématique ne relève pas tant de la formation initiale que de l'organisation concrète du travail en établissements de santé et de son évolution. Celle-ci contraint en effet fortement les personnels dans des cadres réglementaires (mais aussi budgétaires) de plus en plus resserrés qui augmentent régulièrement la part de travail bureaucratique des personnels de santé.

La surcharge de travail renforce la division de celui-ci entre professionnels de la périnatalité en général et entre sages-femmes en particulier, et lorsque les nouvelles diplômées se retrouvent seules face à cette charge supplémentaire, les résultats des questionnaires font ressortir qu'elles éprouvent des difficultés.

Celles-ci sont dues à une évolution générale des conditions de travail des professions médicales et paramédicales qui ne sont pas propres à la profession de sage-femme.

Les cadres interrogées ont répondu spontanément à la question de la surcharge de travail. Par contre, cette thématique n'est pas systématiquement abordée par les cadres au cours des entretiens avec les jeunes sages-femmes. La majorité des cadres disent qu'elles laissent les jeunes professionnelles s'organiser et appréhender cette difficulté librement, car elles remarquent que les jeunes sages-femmes mettent peu à peu en place leur organisation propre face à cette situation.

Cette évolution de l'organisation du travail et des soins est inhérente à l'évolution de la société et au système de soins, mais elle est particulièrement pesante à l'hôpital. La profession de sage-femme en a été bouleversée : les sages-femmes les plus âgées rencontrées lors des stages, en dehors de l'enquête, disent presque systématiquement qu'il y a de moins en moins de temps consacré à l'accompagnement, notamment du fait de la tarification à l'Acte (T2A) et des contraintes organisationnelles et gestionnaires.

De nombreux ouvrages axés sur la sociologie des professions de santé ainsi qu'un rapport de la Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers confirment cette tendance. *« L'ambition de la MEAH est en effet d'élaborer un guide de bonnes pratiques, recensées et expérimentées dans l'échantillon, illustrées par des exemples concrets, pour le mettre à disposition des établissements et de leurs cadres. En effet, ceux-ci se sentent souvent démunis d'un point de vue méthodologique, pris en tenaille entre les impératifs de la direction et les souhaits des agents, et sont amenés à consacrer un temps considérable à la gestion du temps, ce qu'ils déplorent. Leur faciliter la tâche, leur donner des points de repère serait donc leur permettre de mieux disposer de leur temps propre, pour pouvoir s'occuper de l'organisation des soins dans leurs services. » (23 24 25)*

Une chose importante à relever et qui n'était pas attendue dans les résultats correspond à la place de la réanimation néonatale dans la hiérarchisation des situations jugées difficiles par les jeunes diplômées au cours de leur insertion professionnelle.

En effet, la réanimation néonatale est une situation qualifiée de difficile par quatorze jeunes sages-femmes alors que la surcharge de travail est citée par seize sages-femmes.

Ainsi, c'est la surcharge de travail qui est plus plébiscitée que la réanimation néonatale, acte primordial dans la profession de sage-femme.

Ce résultat suscite de nombreuses interrogations:

- Est-ce que durant la formation initiale, la question de la surcharge du travail n'est pas ou peu abordée, contrairement aux nombreux cours et TD réalisés sur la réanimation ?

En effet, la réanimation néonatale fait partie des compétences que doit avoir acquises la future sage-femme au cours de ces études.

- Est-ce parce que la réanimation néonatale est vécue comme un acte indissociable de la profession de sage-femme depuis «longtemps» alors que la surcharge de travail est un phénomène si ce n'est récent, du moins un phénomène dont le poids s'accroît ?

Ainsi, cette question serait moins abordée en cours et en stage et donc moins connue des étudiantes sages-femmes.

- La surcharge de travail, présente chaque jour, est-elle plus difficile à gérer que la réanimation néonatale, situation, certes à haut risque, mais peu fréquente ?

Ces suggestions ne sont pas exclusives et peuvent être corrélées pour expliquer en partie ce paradoxe.

- L'exercice professionnel dans une maternité de niveau III où un pédiatre est présent 24h/24 permet-il de diminuer ces difficultés ?

Les sages-femmes n'y sont jamais seules face à une situation de réanimation néonatale, contrairement à la gestion de la surcharge de travail qui ne dépend que d'elles.

Le niveau de maternité n'influe pas sur la problématique de la réanimation néonatale car les jeunes diplômées ressentent cette difficulté, quels que soient les types d'établissements au sein desquels elles exercent.

Aucune de ces pistes d'explication ne suffit à expliquer la difficulté des jeunes sages-femmes face à la réanimation néonatale, ce qui indique la nécessité de poursuivre des recherches pour la comprendre.

Cette difficulté exprimée par les jeunes diplômées ne semble pas remarquée par les cadres qui, dans leur majorité disent qu'elles ne décèlent pas ce type de difficultés chez les jeunes professionnelles.

L'étude ne permet donc pas de dire si cette difficulté pourrait être réduite dans le cadre la formation initiale ou au sein des services.

Lors de certains actes médicaux spécifiques et délicats, tels que l'accompagnement des IMG ou des MFIU, les jeunes sages-femmes ressentent de fortes difficultés car, en général, elles disent se retrouver seules, et non plus accompagnées de leur encadrante, face à ces situations.

Effectivement, la sage-femme est compétente pour prendre en charge ces situations, en collaboration avec le médecin. Ainsi, une fois la conduite à tenir validée par l'équipe médicale, la sage-femme peut être amenée à prendre en charge seule l'accompagnement et l'accouchement.

Leurs difficultés concernent surtout l'aspect psycho-social de la prise en charge, car la technique reste identique à celle d'un accouchement « normal ».. Selon leurs dires, elles ne se sentent pas à l'aise « humainement parlant ».

Pour parer à cette problématique, quelques cadres mettent en place un accompagnement spécifique des jeunes diplômées, car de leur avis général, il existe au début de leur vie professionnelle, un vrai manque de recul sur ces situations. Elles disent se rendre également plus disponibles quand les jeunes professionnelles ont besoin *a posteriori* d'en parler. Cette difficulté se corrige avec l'expérience.

Dans le but de les aider, certaines cadres mettent en place des dispositifs particuliers. Par exemple, en exigeant qu'elles soient deux sages-femmes à prendre charge ces situations.

D'ailleurs, les jeunes sages-femmes interrogées s'accordent à dire que les difficultés qu'elles rencontrent sont dues en partie à un manque de théorie, surtout en sciences humaines et sociales. Le manque de pratique est également soulevé par certaines jeunes diplômées.

Ceci nous renseigne sur la formation initiale qui semble être performante d'un point de vue des sciences « dures », c'est-à-dire médicale et technique, mais peut-être un peu faible sur le plan des sciences humaines et sociales.

Lors des stages réalisés durant la formation initiale, de nombreux cas médicaux sont suivis par les étudiantes. L'accumulation des cas se poursuit durant la vie professionnelle et au fur et à mesure des années, par cumul d'expériences, les jeunes sages-femmes apprennent, selon un modèle clinique traditionnel de professionnalisation, à s'imposer auprès des couples et de leurs pairs et à devenir un interlocuteur privilégié.

Les situations rencontrées peuvent être d'une extrême gravité ou d'une extrême urgence et c'est avec des connaissances, non seulement théoriques, mais empiriques de plus en plus solides que les étudiantes vont savoir prendre en charge tous types de situations.

La médecine pratiquée par les sages-femmes est en effet essentiellement clinique pour le moment. L'ouverture Licence Master Doctorat (LMD) peut faire évoluer ces caractéristiques, mais il est encore trop tôt pour le dire.

Cependant, la garantie d'avoir rencontré au cours des stages toutes les situations problématiques à prendre en charge en urgence n'existe pas, ainsi, chaque étudiant aura vu et appris des choses différentes au terme de sa formation, quoique l'éventail des stages effectués soit comparable pour chaque étudiante.

Il y a, de fait, une inégalité dans la formation clinique qu'il faut peut-être essayer d'atténuer en formalisant davantage le cadre des stages. Tout en sachant qu'il est difficile aux écoles de sages-femmes d'imposer des critères trop contraignants aux établissements d'accueil et que cette variété des situations concrètes fait aussi partie de la réalité de l'activité professionnelle qui attend les futures professionnelles.

Elles sont très demandeuses durant leur stage de situations complexes, peu communes, car elles savent que c'est un excellent moyen d'apprendre. Lorsqu'elles deviennent à leur tour professionnelles, le fait d'avoir connu des situations difficiles qu'elles ont réussi à prendre en charge les rassure. Cela influe énormément sur le processus d'identification professionnelle et le sentiment de réussite de leur intégration. En effet, une situation non rencontrée en stage est plus problématique pour elles qu'une situation déjà rencontrée et suivie.

Ainsi, il est très important pour elles d'avoir eu la possibilité durant leurs études de varier leurs lieux de stages en maternités de niveaux I, II et III.

Cette difficulté d'avoir à faire face à des situations inédites est partagée par toutes les professions, « la peur de l'inconnu » est angoissante.

Cependant, lorsqu'il s'agit d'une profession de santé, qui plus est, une profession médicale dont de nombreuses responsabilités découlent, et où les conséquences peuvent être parfois létales, cette difficulté est démultipliée, en même temps qu'elle est un élément constitutif de l'identité professionnelle.

La formation initiale, notamment grâce aux stages, permet d'appréhender la plupart des situations difficiles, mais sans garantir de les expérimenter toutes.

Ceci est à rapporter au fait que la plupart des sages-femmes interrogées travaillent en niveau III. Elles veulent, en effet, rencontrer de nombreux cas médicaux variés et à risque élevé. Elles souhaitent y travailler car c'est l'endroit où la pathologie est la plus présente et où elles pourront prendre en charge des situations souvent complexes. Le choix des maternités durant les stages se fait donc en fonction de ce critère, très important pendant les études et qui reste essentiel lors de leur choix de poste. En outre, elles savent qu'en type III, elles ne seront jamais seules face à une situation difficile mais qu'elles bénéficieront de la présence de personnels spécialisé et d'un plateau technique de haut niveau. Les cadres sont toutes conscientes de cette préférence mais, ne peuvent nécessairement satisfaire cette exigence.

Selon les jeunes diplômées interrogées, le tutorat est un axe de la formation à développer. En effet, il permettrait de mieux accompagner les étudiantes durant toute la durée des études et ainsi de désamorcer certaines situations difficiles. Cet

accompagnement pourrait leur apporter des réponses et permettre de favoriser l'insertion professionnelle dans la mesure où les situations les plus difficiles auraient été abordées avec leurs aînées. Comment l'organiser au mieux ?

Plusieurs solutions ont été abordées :

Certaines suggèrent que le tutorat soit encadré par des étudiantes de l'année supérieure, ce qui n'est pas forcément judicieux, car le recul pour guider n'est alors pas nécessairement suffisant et que le temps disponible manque beaucoup aux étudiantes sages-femmes.

D'autres préféreraient que le tutorat soit pris en charge par les nouvelles diplômées. Une nouvelle étudiante pourrait être tutorée par une nouvelle diplômée. Ceci peut être très intéressant dans la mesure où les nouvelles professionnelles sortiront à peine de l'école et auront donc une expérience récente de la formation initiale. La difficulté est de ne pas perdre de vue les jeunes sages-femmes et de rester en contact avec elles. Par ailleurs, on a montré précédemment que les jeunes professionnelles rencontrent des difficultés lors de leur insertion professionnelle. De ce point de vue, il ne semble pas judicieux de leur proposer, en plus de leur travail, d'accompagner les étudiantes dans des difficultés qui restent pour elles très problématiques.

Laisser un peu de temps à ces jeunes sages-femmes diplômées avant de les solliciter dans le cadre du tutorat semble être la meilleure alternative. Par contre, solliciter à leur place les sages-femmes ayant déjà deux années d'exercice pourrait être une meilleure solution.

Une autre idée intéressante a été développée par des sages-femmes qui suggèrent de tutorer également les jeunes diplômées, une fois le diplôme d'état validé en intégrant les sages-femmes formatrices. En effet, ces dernières présentent de nombreux avantages car elles ont beaucoup d'expérience et sont accessibles facilement au sein de l'école. Cependant certaines étudiantes n'osent pas aborder tous les sujets avec leur formatrice.

Les cadres ne voient aucun inconvénient à cette forme de tutorat.

Cette question a été abordée en 2006 par la Fédération Nationale des Associations de Sages-Femmes (FNASF) qui encourage le tutorat des étudiants sages-femmes durant leur formation initiale, mais qui ne n'aborde pas la question une fois la professionnelle diplômée. « *Le bénéfice pour l'étudiant se fait sur le plan cognitif (Gain dans les acquisitions : bilan de ses connaissances et savoirs faire ; développement de ses compétences et Amélioration de son raisonnement clinique : anamnèse ciblée, hypothèses précoces et hiérarchisées) et sur le plan psycho-social (Expérience*

sociale, confiance en soi, échanges sur le sens de la profession, projet professionnel et Mieux-être en stage, bon relationnel avec les sages-femmes) ».
(26)

Le changement de statut est également à l'origine des difficultés que rencontrent les jeunes diplômées. Le poids des responsabilités, l'intégration professionnelle durable dans une nouvelle équipe ainsi que l'adaptation au rythme des gardes au long cours sont les soucis majeurs qu'elles expriment dans le questionnaire.

Ces problèmes sont bien connus des cadres. Pour la plupart, elles considèrent que c'est un « passage obligé » et qu'avec le temps, les jeunes professionnelles vont trouver leurs marques. Certaines essayent, malgré tout, de ménager les jeunes recrues, par exemple en leur accordant au départ un planning fixe.

Mais d'autres cadres insistent sur le fait que toutes les nouvelles professionnelles sont passées par cette étape délicate, et que, malgré tout, elles doivent se montrer efficaces rapidement.

Effectivement, elles savent qu'au début de leur vie professionnelle, on attend d'elles qu'elles se montrent très flexibles, par exemple, en acceptant de « boucher les trous des plannings ».

Le vécu du changement de statut va surtout dépendre de la politique d'accueil de la cadre, plus que des caractéristiques de l'établissement lui-même.

Ces difficultés personnelles ne sont pas dues et ne sont que très peu influencées directement par la formation initiale. Outre l'accueil organisé par la cadre sage-femme, entrent en ligne de compte la personnalité de la jeune professionnelle, son parcours en tant qu'étudiante et nouvelle diplômée, l'incorporation qu'elle aura fait d'une culture professionnelle, de valeurs et de comportements partagés.

Une ouverture des stages en province est plébiscitée par la majorité des jeunes sages-femmes, car elles souhaitent élargir leurs connaissances empiriques des situations concrètes de travail.

En effet, Paris et sa région peuvent être considérés comme un microcosme où l'offre médicale est très variée, ce qui n'est pas sans effet sur les relations entre professionnels et entre professionnels et usagers. En effet, de très nombreux hôpitaux de tous types sont présents. Or ceci n'est pas nécessairement représentatif de la réalité professionnelle qu'elles rencontreront.

En province, le maillage hospitalier est le plus souvent moins dense (hors grandes métropoles), ainsi d'autres types d'organisations de soins périnataux existent, inconnus des jeunes sages-femmes diplômées parisiennes.

Par exemple, en salle de naissance, les infirmières diplômées d'état (IDE) sont de moins en moins présentes et ce quel que soit le type de maternité, l'organisation des transferts

in utero n'est pas la même, car l'offre est plus restreinte et les distances parfois très importantes entre deux hôpitaux, les relais auprès des sages-femmes du conseil général en hospitalisation à domicile (HAD) par exemple sont organisés autrement.

Des stages hors région parisienne permettraient, entre autres, aux étudiantes d'enrichir leur expérience des réseaux de périnatalité. Une plus grande fluidité des stages entre Paris et Province semble d'autant plus intéressante que de nombreuses étudiantes sages-femmes provinciales font des stages à Paris et que certaines diplômées parisiennes souhaitent travailler en province. Nos questionnaires, identifient quatre sages-femmes récemment diplômées travaillant en province.

La formation initiale a de toute évidence une place prépondérante à jouer au niveau de l'organisation de ces stages.

La possibilité de faire un stage pré-professionnel est aussi une suggestion importante des nouvelles diplômées. Contrairement aux autres stages réalisés durant la formation initiale, les étudiantes pourraient choisir alors leur lieu de stage. Ainsi, il permettrait de conforter les étudiantes dans leur choix de poste ou au contraire de les en dissuader. Il pourrait s'organiser dans une maternité où les étudiantes sages-femmes sont, soit, allées et où elles se sont senties à l'aise, ainsi ce stage pourrait confirmer ou non leur choix d'y postuler, soit, permettre aux étudiantes d'aller en stage dans un endroit qui les intéresse, mais où elles n'ont pas eu l'occasion d'aller. Cette organisation serait d'autant plus intéressante que les cadres recrutent surtout les étudiantes ayant fait au moins un stage dans leur établissement.

Ce stage est à différencier du stage optionnel, plutôt organisé dans l'idée de découvrir de nouveaux horizons et d'enrichir sa pratique préprofessionnelle en allant à l'étranger par exemple.

Pour l'organiser judicieusement, il faudrait le réaliser en début d'année civile, c'est-à-dire avant l'envoi des candidatures qui doit, selon les cadres interrogées, être effectué vers le mois de mars.

Cependant, il faut noter que l'absence de ce stage préprofessionnel formalisé ne semble pas être une difficulté importante dans la recherche d'emploi des jeunes diplômées, puisque trente et une sur quarante quatre ont déjà leur poste avant de sortir de l'école.

Cela veut donc dire que, malgré le fait qu'elles n'aient pas pu effectuer de stage préprofessionnel, elles ont quand même réussi à trouver un emploi qui leur convenait et ce, pour la plupart, durant leurs études.

Les travaux dirigés sont très appréciés des étudiantes qui peuvent ainsi se mettre en condition, surtout pour ce qui concerne les situations d'urgence. La réanimation

néonatale est une discipline où les TD sont plébiscités. Mais les questionnaires font également ressortir pour la majorité des jeunes sages-femmes interrogées que le contenu de ces travaux dirigés serait à reconfigurer. En effet, elles souhaiteraient y être confrontées à des situations plus nombreuses et plus variées.

Les jeunes sages-femmes interrogées demandent une formation spécifique pour la rédaction de CV et de lettres de motivation qui n'est pas dispensée dans toutes les écoles. Celles qui n'en ont pas bénéficié, la moitié, le regrettent, et celles qui en ont bénéficié jugent que c'est un des éléments de la formation initiale indispensable pour la recherche d'emploi. Dans l'ensemble, elles disent manquer de conseils pratiques de recrutement, notamment sur la préparation et la conduite d'un entretien d'embauche.

Les matières enseignées, sont considérées comme pertinentes et indispensables à leur formation par les jeunes diplômées.

Ainsi, les problèmes rencontrés par les jeunes sages-femmes sont assez variés et ne relèvent pas tous de la formation initiale. Malgré quelques critiques relativement marginales, celle-ci est globalement jugée comme un atout lors de leur entrée dans le monde du travail.

Au vu de ces éléments présentés et discutés, on peut affirmer que notre première hypothèse est validée, la formation initiale ne permet pas de faire face à tous les problèmes rencontrés par les sages-femmes mais elle permet d'en désamorcer un nombre important, sur le versant médico-technique notamment, un peu moins en termes d'organisation du travail et sur le versant psycho-social.

Les difficultés rencontrées relèvent effectivement pour beaucoup de l'environnement professionnel propre. Certaines mettent en cause les rapports hiérarchiques au sein de l'équipe : notamment lorsqu'il s'agit de discuter de l'avis d'un médecin ou simplement de faire valoir son point de vue clinique face aux autres professionnels de périnatalité.

D'autres difficultés peuvent être rapportées aux conditions concrètes de travail, souvent à flux tendus: notamment lorsqu'il s'agit de gérer le travail dans un contexte de surcharge, d'absorber le travail administratif croissant (dossier, codage...).

D'après nos entretiens, les cadres se disent conscientes de ces difficultés et se rendent disponibles pour accompagner au mieux les jeunes professionnelles.

Cependant, la formation initiale a aussi un rôle à jouer au regard de la préparation aux situations médicales délicates, telles que l'accompagnement des IMG ou des MFIU par exemple.

En effet, les jeunes professionnelles ressentent beaucoup de lacunes. La prise en charge psychologique notamment est difficile selon elles, car elles disent manquer de bases. Les cadres s'accordent à dire que, sur les situations délicates, les jeunes professionnelles « manquent de recul ».

La réanimation néonatale est également identifiée par certaines comme une situation difficile, bien que la plupart des jeunes sages-femmes exercent dans un niveau III où les pédiatres sont présents 24H/24.

La formation initiale peut également intervenir au niveau de l'organisation des stages.

Trois éléments ressortent de notre étude comme facteurs d'amélioration : veiller à ce qu'il existe une répartition égale entre les trois types de niveaux de soins pour permettre aux étudiantes d'enrichir leurs stages, diversifier les stages en province et organiser un stage préprofessionnel.

Certaines difficultés sont inhérentes au changement de statut. Cette étape est vécue différemment selon les jeunes professionnelles et leur parcours d'étudiantes. La formation initiale peut peut-être gagner ici en efficacité, par l'intermédiaire du tutorat. Les cadres considèrent le changement de statut et les difficultés qui s'y rapportent comme un processus normal, un « passage obligé » de l'insertion professionnelle de chaque nouvelle sage-femme, mais rien n'exclut que celui-ci soit facilité par des dispositifs spécifiques au cours de la formation initiale, d'autant que celle-ci se veut au plus près des contraintes d'exercice de la profession et qu'elle est attachée à ce que le diplôme atteste de compétences professionnelles élevées.

La formation initiale possède, d'après les jeunes sages-femmes interrogées, de nombreux atouts essentiels : la qualité des matières enseignées, l'organisation des TD et l'aide (pour certaines écoles) à la rédaction de CV et de lettres de motivation, élément jugé primordial pour la plupart des étudiantes de quatrième année.

C'est également pour ces raisons que les cadres disent souvent préférer recruter des jeunes sages-femmes, elles savent que leur formation théorique et pratique est solide et qu'elle constitue un atout majeur des jeunes recrues.

3.2.2 Les conditions concrètes d'exercice : le type de poste occupé, le type de service et le type de maternité déterminent en partie le processus d'insertion professionnelle.

Les jeunes sages-femmes choisissent leur poste en fonction de critères précis. Pour plus de la moitié d'entre-elles, le premier critère est le niveau de la maternité et le nombre d'accouchements. En effet, les jeunes sages-femmes s'orientent

préférentiellement en maternités de niveau III afin de rencontrer des situations variées, la pathologie est importante pour elles, de prendre en charge des cas jugés très complexes et de ne pas être seules en salle de naissance. Elles pensent ainsi pouvoir pratiquer, être « performantes » plus rapidement. Elles considèrent les maternités de niveau III très formatrices, surtout à la sortie de l'école. L'avantage de ces niveaux est également la présence d'un pédiatre 24H/24, 7j/7. Cela peut donc confirmer une de nos suggestions citées précédemment expliquant que la réanimation néonatale est jugée, pour certaines, comme étant une difficulté importante.

Ce critère en faveur des types III peut être rapporté aux valeurs transmises lors de la formation initiale, et à une acculturation très « technico-scientifique » des étudiantes sages-femmes. Cela corrobore, en effet, une certaine conception de l'excellence professionnelle qui les oriente vers des plateaux techniques où les situations pathologiques sont présentes et valorisées du point de vue de leur valeur d'apprentissage.

Le deuxième critère important de choix de poste est la distance géographique de l'établissement par rapport à leur domicile.

Le troisième critère cité est l'adéquation avec le projet professionnel.

Les quatrième et cinquième critères correspondent à la diversité des activités de sages-femmes et l'ambiance de travail.

Les cadres connaissent les caractéristiques des choix de poste des postulantes. D'ailleurs, dans les structures de niveau I, les jeunes sages-femmes postulantes sont surtout des sages-femmes diplômées de Belgique qui, contrairement aux diplômées françaises, ne veulent pas toutes pratiquer en maternités de niveau III, souvent par manque de confiance en elles, car la formation y est moins exigeante du point de vue strictement scientifique, ou par manque d'opportunités car peu de postes sont disponibles. En revanche, les quelques jeunes sages-femmes diplômées en France qui postulent en maternité de niveau I semblent motivées par la volonté de développer d'autres compétences, tel que l'accompagnement de la douleur dans les accouchements sans péridurale par exemple.

Ceci a pour conséquence une répartition inégale des demandes d'emploi, les jeunes diplômées en France vont plus s'orienter dans des maternités de niveau III alors que celles de Belgique vont préférer les plus petites structures.

Pour la majorité d'entre elles, les jeunes sages-femmes réussissent à trouver un poste réunissant toutes les conditions qu'elles s'étaient fixées, ce qui en fait une branche

professionnelle très favorisée pour ce qui touche aux conditions d'entrée sur le marché du travail.

Seulement sept d'entre elles n'ont pas trouvées pas de poste immédiatement et ont dû sacrifier un de leur critère de départ pour trouver un emploi. Contrairement à toute attente, c'est celui de la distance géographique qui est éliminé en premier alors qu'il est classé en seconde position.

On peut en déduire que les critères spécifiques à la profession, resserrés autour de données médicales ou sanitaires, sont donc rarement sacrifiés. Ce qui est éliminé relève davantage de l'aménagement du travail avec les autres sphères de la vie quotidienne (notamment la proximité entre lieu de travail et lieu d'habitation).

Il est à noter que la rémunération n'est pas un critère cité par les jeunes sages-femmes comme essentiel. Ceci tient sans doute au fait que le niveau de rémunération est sensiblement le même partout, quel que soit le niveau de l'établissement, pour toutes les nouvelles diplômées.

Un tel cumul d'exigences peut sembler un privilège des sages-femmes à l'heure actuelle où la recherche d'emploi dans la plupart des branches d'activités est devenue un « parcours du combattant » et où les exigences de départ sont rarement satisfaites.

Mais les jeunes sages-femmes se retrouvent dans le monde du travail, avec, pour la plupart, un poste qui les attend. Pour celles qui n'ont pas encore de poste au moment de leur diplôme, il suffit souvent qu'elles éliminent un de leur critères pour trouver un contrat. Quelles professions peuvent se permettre un tel luxe ?

Ceci n'est pas représentatif du monde du travail en général et semble plus relatif aux professions de santé, où le manque de personnel est récurrent et problématique.

Ainsi, de nombreux postes sont disponibles et c'est en fonction de leurs attentes qu'elles choisiront un poste : un rapport offre-demande exceptionnellement favorable aux jeunes diplômées existe donc.

La diversité des établissements hospitaliers parisiens et des types de stages effectués aide les jeunes diplômées à postuler avant la fin de leurs études.

Ces stages permettent non seulement une formation clinique rigoureuse, mais fonctionnent également comme un moyen de sélection des établissements de santé où elles pourront travailler à l'avenir.

Les cadres, conscientes de ces avantages, préfèrent embaucher des jeunes diplômées ayant fait des stages dans leur structure, ayant été évaluées et ayant surtout été formées à la politique de l'établissement.

Les types de postes occupés dépendent de la politique de l'établissement et de la volonté de la cadre. En effet, de nombreuses cadres souhaitent que les jeunes diplômées suivent un parcours professionnel particulier durant les premiers mois d'exercice.

Par exemple : service de suites de couches pendant deux mois puis intégration en salle de naissance et grossesses à hauts risques au bout d'un an.

Les cadres s'accordent à dire que les jeunes diplômées ne doivent pas être seules, quels que soient le poste et le type d'établissement.

Les jeunes sages-femmes interrogées ne souhaitent pas non plus exercer seules dans un premier temps. Ainsi elles acceptent souvent volontiers de travailler en binôme dans le cadre du parcours des jeunes professionnelles qui est mis en place dans certains établissements.

Cependant, si elles avaient le choix, la majorité d'entre elles disent qu'elles préféreraient travailler en salle de naissances directement. Ceci peut être lié au fait que travailler en salle de naissance est plus valorisé au sein de la profession car, des actes médicalisés y sont pratiqués contrairement au travail d'accompagnement qui est réalisé en suites de couches ou en préparation à la naissance par exemple.

Les compétences des jeunes sages-femmes ne sont pas toutes exploitées dans le cadre de leur premier poste. Cette tendance est générale, quel que soit l'établissement.

Les cadres confirment que les jeunes diplômées ne sont pas invitées à réaliser tous les actes appris à l'école. Par exemple, les échographies de suivi de fin de grossesse sont, d'après une cadre, un acte que les nouvelles diplômées réaliseront au bout d'un an seulement. Elle estime que cet acte est trop spécifique et qu'en sortant de l'école, la sage-femme ne possède pas toutes les qualités requises pour l'exécuter.

Toujours selon les cadres, les jeunes sages-femmes sont jugées beaucoup moins expertes dans les compétences relationnelles que dans les compétences techniques. Elles considèrent pour la plupart, que les compétences relationnelles s'acquièrent avec l'expérience et qu'au début de leur vie professionnelle elles leur manquent.

Une cadre insiste sur le fait que les jeunes sages-femmes manquent de bases pour accompagner les femmes, en particulier pour l'accompagnement de la douleur.

Les jeunes recrues n'y sont, d'après elle, pas du tout à l'aise, car durant leurs études, la majorité des jeunes diplômées n'a vu que des accouchements avec péridurale. Elles se sentent donc démunies face à une femme qui, par choix ou par nécessité, accouche sans anesthésie et qu'il faut l'accompagner.

La PNP est la première compétence inexploitée des jeunes diplômées. Cette constatation est faite par les cadres, mais aussi par la majorité des jeunes sages-femmes.

Ceci rejoint la politique des cadres qui ne souhaitent pas que les jeunes recrues soient seules dans leur poste. De plus, pour la plupart de ces cadres, ce poste nécessite de la maturité professionnelle, car la sage-femme est seule face à plusieurs couples et doit répondre aux diverses questions qu'ils posent. Envisager de faire travailler la jeune recrue en binôme avec une sage-femme plus expérimentée dans le cadre de la PNP n'est pas possible pour des raisons budgétaires.

Pourtant, durant la formation initiale, des stages spécifiques de PNP sont organisés. Ainsi, les compétences pour animer des séances de PNP sont bien acquises par les jeunes diplômées. Elles souhaiteraient, quant à elles d'après les réponses au questionnaire, pouvoir développer cette compétence.

Les échographies sont également des actes peu effectués par les sages-femmes en début de carrière.

Effectivement, ces actes, très techniques, ont besoin d'être approfondis avant d'être réalisés en autonomie, d'autant plus que l'imagerie médicale a pris une importance essentielle dans l'activité de dépistage des anomalies, ce qui en fait une activité ultra « sensible » de l'obstétrique.

De nombreuses sages-femmes s'orientent vers un Diplôme Universitaire d'Echographies afin de pratiquer véritablement les échographies au sein de leur établissement.

Néanmoins, les échographies de suivi de fin de grossesse peuvent être réalisées par les jeunes sages-femmes sans formation supplémentaire car l'essentiel est appris lors de leurs stages.

Malgré la réticence des cadres, les jeunes sages-femmes se disent aptes à réaliser ces échographies dès le début de leur vie professionnelle.

La réinjection de péridurale ainsi que la pratique du pH au scalp sont également des actes très peu pratiqués par les nouvelles diplômées.

En effet, la possibilité très récente pour les sages-femmes de réaliser ces deux actes, depuis seulement 2006, fait encore l'objet de débats et de polémiques.

De nombreuses sages-femmes déplorent le fait que les réinjections de péridurale doivent être faites par elles-mêmes, car elles considèrent que cela ne fait pas partie de leur champ de compétence et que cet acte doit rester à la charge du médecin.

D'autres sages-femmes voient en cet acte, une plus grande autonomie de travail.

Ainsi, de nombreuses maternités préfèrent réserver cet acte à l'anesthésiste, même si la tendance générale est de laisser les sages-femmes prendre le relais pour des raisons d'organisation du travail. Cela permet, en effet, aux anesthésistes d'être moins sollicités.

Le pH au scalp a souvent été réservé aux internes, et le décret de 2006 permettant aux sages-femmes de pouvoir le pratiquer est mal connu des professionnels. De plus, de

nombreuses sages-femmes considèrent que cet acte ne relève pas de leur compétence, mais de celle de l'obstétricien, car il est pratiqué alors même qu'il existe un doute sur le bien être fœtal et qu'une décision de césarienne peut en dépendre.

On est ici à la limite de la physiologie et de la pathologie.

C'est pourquoi de nombreuses maternités n'ont pas changé leurs pratiques depuis la parution des décrets.

Il serait judicieux de comparer l'avis des sages-femmes sur ces actes pour voir s'il existe des divergences entre les nouvelles sages-femmes et les sages-femmes plus expérimentées. « L'âge professionnel » peut en effet être parfois un élément structurant dans la manière de penser ce qu'est une « bonne » distribution des tâches au sein de la profession.

S'enquérir des actes non réalisés en début de carrière peut aussi être un bon moyen d'observation de l'évolution des pratiques professionnelles et des politiques des établissements. Existait-il il y a vingt ou trente ans des actes qui faisaient partie du champ de compétence des sages-femmes mais qu'elles n'avaient pas la possibilité de pratiquer ? Si oui, qu'en est-il aujourd'hui ? Font-ils partie des actes quotidiens que réalisent désormais les sages-femmes ?

A l'inverse, il serait intéressant de voir s'il existe des actes que réalisaient les sages-femmes et qu'elles ne pratiquent plus aujourd'hui.

Les difficultés rencontrées par les jeunes sages-femmes sont pour une part axées sur l'intégration professionnelle au sein d'une équipe et sur la position qu'elles doivent adopter face aux médecins, surtout en cas de désaccord sur une conduite à tenir.

Il semble très intéressant de corréler cette difficulté au fait que la majorité des sages-femmes choisissent leur poste en fonction de leurs expériences de stage. Elles connaissent donc déjà l'équipe. Leur choix initial qui devrait diminuer le stress associé à l'équipe ne le fait donc pas, au vu des résultats des questionnaires.

Cela peut être associé à plusieurs paramètres :

On peut supposer d'une part, que l'accueil des étudiantes n'est pas le même que celui des jeunes diplômées, en effet, les responsabilités et les attentes de l'équipe ne sont pas les mêmes à l'égard d'une étudiante pour laquelle ils estiment avoir une fonction de formateur, alors que pour une jeune diplômée, dont ils estiment qu'elle doit occuper pleinement son poste de professionnelle.

D'autre part, on est amené à réfléchir à l'existence d'une difficulté spécifique et structurelle d'affirmation de la part des sages-femmes de leur identité professionnelle parmi les équipes médicales, comme le suggérait déjà Schweyer en 1996. « *La position intermédiaire des sages-femmes dans la division du travail est lourde d'ambiguïté. Cette autonomie se définit-elle par apport aux médecins seulement, c'est-à-dire par rapport à la profession dominante ? Ou encore par rapport aux autres*

professions paramédicales ? Et ce qui est alors en jeu relève-t-il du système d'expertise ou du statut de professionnel dominante ? »(27)

Pourtant, les principaux atouts cités par les jeunes sages-femmes au regard de leur insertion professionnelle sont rapportés, en majorité, à leur connaissance préalable de la structure.

Elles connaissent la maternité, et surtout la politique de cet établissement, l'équipe médicale et paramédicale, les locaux, l'organisation des services et la gestion du personnel. Ainsi, il apparaît que la réussite de l'insertion professionnelle ne tient pas tant aux caractéristiques propres de l'établissement de santé, mais plutôt à la connaissance préalable qu'en ont les étudiantes sages-femmes qui leur permet d'anticiper les conditions concrètes de travail.

Cependant, il perdure effectivement un « malaise », une « intranquillité » relative à l'insertion dans l'équipe, qui s'explique mal au regard des conditions d'embauche.

Cette difficulté serait-elle due à un malaise plus global dans la profession ? *« L'identité professionnelle se construit de plus en plus au sein des relations hiérarchiques et des collaborations obligées, sous la contrainte de l'institution hospitalière ; Entre collègues sages-femmes les relations sont, dans l'ensemble, cordiales, respectueuses, partenariales. D'ailleurs elles sont fonction de la personnalité plutôt que du diplôme. »* (22 27 28)

On peut donc conclure que notre hypothèse de départ est validée, à savoir, les conditions concrètes d'exercice, le type de poste occupé, le type de service et le type de maternité déterminent, mais seulement, en partie le processus d'insertion professionnelle.

Chaque nouvelle diplômée a choisi son poste en fonction de critères qu'elle a elle-même déterminés. Ceci doit logiquement faciliter leur insertion professionnelle. Paradoxalement, ces précautions ne permettent pas toujours de diminuer les difficultés rencontrées.

Un problème qui, contre toute attente, n'a pas été relevé concerne la question du médico-légal.

En effet, cette problématique devient de plus en plus d'actualité pour les professions médicales et les sages-femmes ne sont pas épargnées même si elles restent moins exposées que les médecins et que leur statut de salariées limite le poids de cette responsabilité.

Peut-être cette question n'est-elle pas abordée par les jeunes sages-femmes parce qu'elles ont appris à « travailler avec ». Effectivement, durant les études de sages-femmes, l'importance du médico-légal est détaillée dans les cours et dans les stages, les sages-femmes encadrantes apprennent aux étudiantes à travailler en considération.

Peut-être cette question intervient-elle seulement dans un deuxième temps, après le processus d'insertion professionnelle, lorsque la sage-femme acquiert assez de recul sur sa pratique?

3.2.3 L'accueil et l'encadrement des jeunes sages-femmes dans les services ont une influence directe une bonne insertion professionnelle

L'accueil des cadres est un élément important dans le processus d'insertion professionnelle. En effet, les cadres sont les personnels « de première ligne » qui vont permettre de désamorcer certains problèmes rapidement. Leur rôle est donc essentiel dans l'insertion professionnelle. Leur disponibilité auprès des jeunes diplômées constitue un atout important pour améliorer cette intégration.

Précédemment, nous avons vu que le choix des postes est organisé et réfléchi en fonction de critères précis. Cependant, l'accueil des cadres ne fait pas partie de ces critères de choix. En effet, en tant qu'étudiante, l'accueil de la cadre n'est pas indispensable au bon déroulement du stage. Au cours des études, rencontrer la cadre n'est pas quelque chose d'établi ni de très pratiqué.

Lors du choix de poste, qui se fait pour la plupart durant les études, l'importance de la rencontre avec la cadre n'intervient que secondairement.

Mais après le diplôme, lorsque la jeune sage-femme se présente dans sa nouvelle structure, avec une nouvelle fonction et surtout de nouvelles responsabilités, l'accueil de la cadre devient primordial.

L'accueil des cadres commence au préalable dès l'entretien d'embauche. Cet entretien n'est pas vécu comme une difficulté et permet souvent à la jeune professionnelle de formaliser sa demande. Ce résultat est étonnant car, dans les questionnaires, les jeunes sages-femmes regrettent de ne pas avoir bénéficié de préparation aux entretiens d'embauche au cours de la formation initiale.

L'accueil de la cadre permet, dans un premier temps, d'encadrer la jeune diplômée, ce qui va la rassurer, structurer ses apprentissages et permettre d'élaborer son « profil » professionnel. Les cadres savent que la première prise de poste est un moment délicat et sont donc attentives.

Les cadres expliquent, lors des entretiens, qu'elles préfèrent recruter des jeunes diplômées, car elles seront plus faciles à former et à évaluer contrairement aux sages-femmes plus expérimentées ayant des exigences et des pratiques professionnelles plus variées en fonction de leurs anciens postes.

Dans ce but, elles essayent de mettre en œuvre une intégration et un encadrement spécifique des jeunes sages-femmes, surtout si, à la fin du premier contrat, elles souhaitent garder la jeune professionnelle dans leur établissement.

Elles vont se rendre alors plus disponibles et être plus à l'écoute d'éventuelles difficultés rencontrées.

Elles s'accordent à dire qu'il faut poser un « cadre » lors du premier entretien. Ce cadre peut exister de différentes manières : un planning fixe dès le départ, des premières gardes doublées, des rendez-vous fixes, des échanges dès qu'une situation problématique apparaît.

Le plus important, d'après elles, est de responsabiliser la jeune sage-femme très rapidement et de lui faire savoir qu'elles sont accessibles facilement si la nouvelle diplômée en éprouve le besoin. En effet, les restrictions de personnels obligent à utiliser de façon maximale les compétences de tous, même si par ailleurs, elles jugeraient préférable de « doubler » systématiquement les jeunes arrivées.

Les cadres interviewées ne signalent, rien qui soit véritablement formalisé concernant l'accueil et l'encadrement des jeunes sages-femmes. Elles évaluent au cas par cas, en fonction des besoins de la sage-femme, des situations qu'elle rencontre, et des retours des autres professionnels.

Ainsi, ce n'est pas tant le niveau de maternité qui influence directement sur le processus d'insertion professionnelle des cadres, mais plutôt la qualité de la relation établie entre la cadre et la jeune diplômée, sachant que cette relation est beaucoup plus investie par la cadre si elle souhaite et espère pouvoir pérenniser le poste de la sage-femme dans son établissement.

Cinq cadres disent qu'elles n'organisent rien de formel, car elles n'en ressentent pas le besoin. Cependant, une cadre nous explique qu'elle souhaiterait pouvoir le faire mais elle n'en a pas les moyens, faute de temps.

Elle nous confie : *« les conditions concrètes d'organisation du travail m'empêchent d'accompagner au mieux l'insertion professionnelle de la jeune sage-femme car j'ai une charge de travail trop importante : je fais de la ressource humaine sur toute la maternité. Mais dans l'idéal, j'aimerais le formater de cette façon-là. »*

Ainsi, la surcharge de travail est un élément qui influe directement et indirectement sur l'insertion professionnelle.

Cet élément est important à relever, car il est commun aux cadres et aux sages-femmes. La globalité de la profession de sage-femme est donc touchée par ce phénomène devenu récurrent dans les discours des professionnelles.

De nombreuses difficultés inhérentes à cette surcharge apparaissent. On peut se demander à quel niveau elles entrent en jeu lors de l'intégration professionnelle des jeunes sages-femmes, si ces dernières ressentent ces difficultés ou, au contraire, si elles ont appris « à faire avec », tant cela fait désormais partie de l'univers ordinaire du travail hospitalier. Leurs expériences préprofessionnelles durant les quatre années de stages leur ont-elles fait penser que cette contrainte est une limite et une sorte de mise en danger de leur identité professionnelle ou considèrent-elles que ce sont simplement des conditions de travail « normales » ?

La question de la relation avec les cadres est également citée par les jeunes professionnelles, mais n'est pas identifiée comme une difficulté principale pour les jeunes sages-femmes.

En effet, les jeunes sages-femmes se sont globalement senties bien accueillies par la cadre et bien prises en charge. Le fait d'avoir bénéficié de plus d'attention et d'un parcours professionnel adapté les a aidées à s'investir et assumer pleinement leurs responsabilités de nouveau professionnel. Le rôle de soutien est jugé essentiel par plusieurs sages-femmes à qui il a permis de discuter de problèmes rencontrés lors de situations difficiles.

Cependant, pour six sages-femmes, les cadres n'ont pas été assez « soutenantes » et disponibles et ont de ce fait généré un obstacle à leur intégration professionnelle.

La qualité de l'interface avec la cadre, qui représente également la hiérarchie, n'est donc pas sans conséquence sur la réussite de leur insertion.

Or, il faut rester vigilant, car, les professions de santé, la qualité de l'accueil et de l'encadrement des jeunes professionnels rejaillit directement sur la qualité de prise en charge des patients et la qualité de soins.

Durant leur première année d'exercice, les jeunes diplômées changent souvent d'établissement hospitalier. En effet, à plus d'un an du diplôme, seules dix-neuf sages-femmes sont toujours dans la même structure. Ceci peut témoigner, en outre, d'un phénomène d'intégration professionnel délicat des sages-femmes au sein des maternités et du type de contrat proposé, souvent des CDD.

De plus, pour vingt-neuf sages-femmes, leur emploi actuel est conçu comme un socle sur lequel construire leur carrière, dans la mesure où elles se voient progresser et évoluer au sein de cette structure.

La conjoncture actuelle du monde du travail ainsi que, les caractéristiques de l'intégration professionnelle renseignées par les cadres, ont permis de valider la

troisième hypothèse qui suggérerait que l'accueil et l'encadrement des jeunes sages-femmes dans les services ont une influence directe une bonne insertion professionnelle.

Cependant, il ne faut pas oublier que certaines difficultés, comme celle de faire valoir leur point de vue vis-à-vis des médecins, ne peuvent être améliorées par les cadres.

3.3 Propositions

3.3.1 Formation initiale

Une des difficultés premières de la jeune sage-femme est de s'affirmer et de s'imposer en tant que professionnelle, que ce soit dans sa pratique clinique ou au cours des staffs périnataux.

Or, dans certains stages, l'étudiante sage-femme doit présenter des dossiers lors de réunions d'équipe pluridisciplinaire, elle doit également proposer une prise en charge, et elle doit donner des cours de PNP, secondée par la sage-femme expérimentée.

Ceci est réalisé dans le but de « pré professionnaliser » l'étudiante, mais n'est pas fait partout, car cela reste dépendant de l'équipe accueillante.

Il semble donc que l'extension de ce type de stage doterait la jeune diplômée de façon constructive et plus égalitaire. Elle se sentirait plus à l'aise à la sortie de l'école. La confiance en elle en serait meilleure et aiderait son insertion en tant que professionnelle dès les premiers postes.

Du point de vue de la diversification des expériences préprofessionnelles, la diversification géographique des lieux de stage en province serait intéressante. Elle est d'ailleurs largement plébiscitée par les étudiantes parisiennes qui voient là une opportunité de développer leur capacité d'adaptation et leur expérience des réseaux de périnatalité.

En effet, il existe de nombreuses régions où l'offre médicale est moindre, du point de vue des établissements hospitaliers, mais aussi de la médecine de ville, où les réseaux doivent fonctionner dans des zones rurales et auprès des populations isolées.

La question des travaux dirigés, TD, a été également soulevée. Les jeunes sages-femmes souhaitent plus « d'entraînement », sur des situations d'urgence durant leurs études. En effet, cela leur permettrait d'être moins anxieuses à propos des situations qu'elles n'auraient pas vu en stage par exemple, mais qu'elles auraient appréhendé en TD. L'expérience clinique, qui reste prépondérante dans la construction de leur identité professionnelle (malgré des compétences scientifiques de plus en plus développées dans leur cursus universitaires) en serait sans doute consolidée.

Le tutorat pendant les études est également une idée à développer. Or, seules quelques écoles l'ont d'ores et déjà mis en place. Les étudiantes témoignent du désir de pouvoir partager certaines questions, inquiétudes ou autres sujets divers dans un espace d'échanges, tel que le tutorat. Celui-ci est à la fois suffisamment formalisé pour que le recours en soit systématique et suffisamment « libre » pour que les questions les plus diverses y soient posées au fur et à mesure des difficultés et questions rencontrées sur le terrain. Ce tutorat peut être réalisé par les formatrices de l'école, par d'anciens élèves ou entre étudiantes (par exemple entre une première année de première phase et une première année de deuxième phase), avec à chaque fois des bénéfices et des inconvénients associés.

3.3.2 Recherche d'emploi

Préparer et accompagner l'étudiante de quatrième année dans sa recherche d'emploi semble être une des pistes permettant de faciliter le changement de statut.

Une formatrice référente pourrait être attribuée à chaque étudiante, et pourrait l'aiguiller lors des différentes étapes: annonces, rédaction du CV, de la lettre de motivation, conseils sur l'entretien d'embauche.

En effet, actuellement, la recherche d'emploi est faite de manière autonome par les étudiantes qui manquent d'expérience sur cette question. Certes, elles trouvent presque toutes rapidement un emploi, mais elles se disent souvent démunies quant à l'organisation de cette recherche.

A quel moment doivent-elles s'y prendre, comment doivent-elles contacter les cadres, comment sélectionner les postes disponibles, comment rédiger un cv et une lettre de motivation, comment mener un entretien d'embauche, comment négocier son contrat ? Tout ceci fait partie des interrogations récurrentes des étudiantes de quatrième année. Il semble donc nécessaire de mieux les accompagner.

Aborder la question de la recherche d'emploi sous forme de débat avec d'anciens élèves peut constituer une aide précieuse pour recueillir les témoignages et les conseils de nos paires.

Proposer de façon plus systématisée dans les écoles de sages-femmes des annonces récentes d'offres d'emploi semble judicieux. En effet, on constate aujourd'hui que, quoique les cadres des services et les écoles soient souvent en relation, les offres rendues publiques dans les écoles sont souvent obsolètes. La clarté et l'actualité de l'information sont à améliorer dans les établissements hospitaliers et les écoles (sous forme d'affichage et/ou en ligne).

3.3.3 Intégration professionnelle dans les services

Il serait vain et illusoire de vouloir lever toute difficulté liée à l'insertion professionnelle. Les nouveaux apprentissages propres aux conditions de travail des salariés, l'affirmation de soi comme professionnel et non plus comme étudiant, tout ce processus complexe d'identification professionnelle et d'initiation au groupe des paires est pour une bonne part nécessaire et constitutif de la fabrication de l'identité professionnelle.

Une part de la difficulté tient à la coexistence de deux impératifs qui rentrent en tension, générant un malaise, et qui nécessitent de produire un savant ajustement permanent, pouvant être source d'instabilité :

- d'une part, le professionnel débutant doit s'affirmer comme professionnel à part entière et d'être reconnu comme tel par l'équipe, ce qui suppose de prendre des initiatives, de défendre à l'occasion un point de vue clinique plutôt qu'un autre, d'assumer seul et de façon autonome certaines tâches ;
- d'autre part, le professionnel débutant dont l'acculturation professionnelle est loin d'être achevée doit «rester humble» et savoir faire appel à des collègues sages-femmes plus expérimentées, à la cadre ou au gynécologue obstétricien en cas de besoin, tel une suspicion de dystocie.

Nous l'avons dit plus haut, ceci est d'autant plus important pour la profession de sage-femme que la grossesse et l'accouchement sont des situations à haut risque permanent où la vie de la mère et/ou de l'enfant peuvent être très brutalement menacées.

Ainsi, on peut suggérer qu'à chaque prise de poste, et ce pendant les deux premiers mois du contrat de la jeune diplômée par exemple, en fonction des collègues sages-femmes présentes en gardes, l'une soit désignée comme étant sa référente.

En cas de doute, de questions ou de problèmes, cela permettrait à la jeune professionnelle de ne pas hésiter à la solliciter. Cela peut permettre également à la jeune sage-femme de se sentir plus à même de défendre son point de vue de professionnelle, sans risquer d'outrepasser ses compétences.

Néanmoins il semble indispensable, au préalable, que le statut de référente soit étudié et validé par tous.

Les cadres sont soumises à des contraintes organisationnelles importantes, notamment pour ce qui concerne la gestion des plannings de l'ensemble des professionnels, le maintien d'une cohérence de l'équipe alors même que les personnels sont à des stades très différents de leur carrière professionnelle et de leur insertion dans l'équipe. Assurer la cohésion de l'équipe alors qu'il y a des débutants, des personnels en contrat précaire, mêlés à des seniors titularisés est une tâche complexe qui ne leur permet

peut-être pas de se consacrer autant qu'elles le souhaiteraient à l'insertion des jeunes sages-femmes professionnelles.

Celles-ci sont donc dans une situation parfois inconfortable, où on leur demande à la fois de combler les gardes manquantes, d'assurer la continuité et la qualité du travail au sein d'équipes surchargées, sans que leur présence durable soit assurée, tout en réussissant les étapes d'intégration au sein de la profession et de l'équipe en place.

Même s'il s'agit là d'un vœu qui pourrait rester pieux, il paraît important que l'ensemble des cadres et des équipes ait conscience qu'une telle demande relève parfois de l'injonction contradictoire et que les jeunes professionnelles ne soient pas mobilisées comme une réserve de main d'œuvre pour absorber une surcharge de travail induite par une gestion à flux trop tendu des personnels statutaires.

Pour soutenir les jeunes professionnelles dans leurs difficultés d'insertion, il pourrait être intéressant de maintenir un lien plus systématisé avec les formatrices de l'école de sage-femme dans les premiers temps.

Ce contact bénéficierait d'une certaine liberté de parole. En effet, une relation privilégiée avec la formatrice s'est instaurée au fil des années, surtout si celle-ci est également la tutrice. Ainsi, la jeune sage-femme n'a pas peur de s'exprimer et ne craint pas les jugements.

De plus, l'expérience professionnelle de la formatrice est un atout qui pourrait aider la jeune professionnelle dans son propre parcours et dans ces difficultés. Elle pourrait permettre, outre l'écoute, de conseiller et guider la jeune sage-femme dans son intégration professionnelle.

De son côté, la tutrice est dégagée d'un certain nombre de contraintes de formation quand la sage-femme est diplômée et peut donc instaurer avec elle un *peer-coping* dont on sait combien il est précieux pour résorber les tensions fortes propres aux professions de santé.

Ceci contribuerait en outre, pour la formatrice, à maintenir un lien fort avec le terrain des établissements de santé.

3.3.4 Formation médicale continue

Cette question pose un réel problème. En effet, la formation médicale continue est obligatoire pour les sages-femmes mais elle n'est pas prise en charge en totalité.

La question du financement de la FMC est délicate pour l'ensemble des professions médicales, trop dépendante des firmes privées, mais elle a un caractère particulièrement aigu chez les sages-femmes, dont les revenus leur permettent rarement des inscriptions à des colloques ou des abonnements à des revues professionnelles.

La plupart du temps, c'est à la sage-femme en fonction de son projet professionnel d'organiser une part plus ou moins importante de sa FMC dans le cadre de ses jours de repos disponibles et de son budget personnel. Ceci est à tout le moins fort peu incitatif. De plus, les compétences des sages-femmes évoluant très rapidement, il semble indispensable d'entretenir ses connaissances et d'en apprendre de nouvelles.

Une bonne structuration de l'espace de FMC dans les premières années d'exercice professionnel offrirait un certain nombre de « garde-fous » et inscrirait la FMC dans le processus de fabrication de l'identité professionnelle.

De ce point de vue, une collaboration accrue entre étudiantes sages-femmes et réseaux de périnatalité serait sans doute à développer.

CONCLUSION

Influer sur les difficultés et les réussites rencontrées par les jeunes sages-femmes est possible.

Notre étude a montré que la formation initiale est jugée comme un atout de leur insertion professionnelle. Cependant, elle ne permet pas d'anticiper tous les problèmes rencontrés et peut être ainsi responsable de certaines de ces difficultés.

En effet, la moitié des sages-femmes interrogées dénonce un manque d'accompagnement lors de leur première recherche d'emploi. Toutefois, il est à relever que, malgré des critères de choix de poste très précis, la majorité d'entre elles a trouvé rapidement un poste répondant à ses attentes.

L'accueil et l'encadrement réalisés par les cadres sont toujours organisés de façon informelle, et, sont variables en fonction des besoins des jeunes diplômées et de l'établissement hospitalier. Par manque de moyens mais aussi par manque de temps, les cadres, conscientes des problèmes inhérents à ce nouveau statut, ne peuvent pas toujours mettre en œuvre quelque chose de spécifique permettant aux jeunes recrues de se sentir moins en difficultés.

Dans les services, les situations délicates sont surtout dues au changement de statut et aux nombreuses responsabilités qui en découlent.

L'accompagnement des couples dans des situations douloureuses est également une source de difficultés importantes pour ces jeunes sages-femmes.

Durant les premiers mois d'exercice, prendre en compte la surcharge de travail dans l'organisation du service est aussi un élément important jugé problématique.

Ainsi, pour faciliter l'insertion professionnelle il semble judicieux dans un premier temps, d'encadrer les étudiantes de quatrième année dans leur recherche d'emploi en mettant en place un suivi particulier de leur projet professionnel.

De plus, la responsabilité «préprofessionnelle» est à développer durant les stages de la formation initiale, et ce, en collaboration et avec la participation des maternités d'accueil. L'entraînement aux situations d'urgences durant les TD est également indispensable à une future prise en charge optimale du couple mère-enfant.

La conservation d'un lien à l'école avec une sage-femme formatrice durant les premiers mois d'exercice permettrait d'aborder librement et sans contrainte les situations délicates rencontrées par les nouvelles diplômées.

On peut affirmer que pour permettre une intégration professionnelle de qualité, un travail en amont est à mettre en place, mais, ne dispense en aucun cas, d'un travail d'accompagnement sur le terrain.

Comme tout nouveau professionnel découvrant le monde du travail, la jeune sage-femme doit se sentir préparée, en confiance et investie de ses nouvelles missions.

Ceci relève de la responsabilité de tous les professionnels de périnatalité, qu'ils exercent comme formateurs ou comme praticiens.

❖ BIBLIOGRAPHIE

- 1: LEFAUCHER N. « *La résistible création des accoucheurs des hôpitaux* » Sociologie du travail, 1988, n° 2-88, p 323-352.
- 2: Mme FILLION E. Initiation à la Sociologie : « *les professions de santé* » École de sages-femmes Baudelocque, 2008, 16 p.
- 3: Mme FILLION E. « *La profession de sage-femme : une profession médicale à part entière dans ses statuts, mais une autonomie sous tutelle* » École de sages-femmes, 2008, 2p .
- 4: Légifrance : Le service public de la diffusion du droit, disponible sur www.legifrance.gouv.fr Site consulté le 07 aout 2009
- 5: Sécurité Sociale : Les lois de financement de la sécurité sociale, disponible sur www.securite-sociale.fr Site consulté le 7 aout 2009
- 6: Code de Déontologie des sages-femmes, disponible sur www.ordre-sages-femmes.fr Site consulté le 12 septembre 2009
- 7: Code de Santé Publique : enregistrement des sages-femmes, disponible sur www.santé.gouv.fr Site consulté le 14 septembre 2009
- 8: Périnatalité : Code de la Santé Publique, disponible sur www.perinat-france.org Site consulté le 12 septembre 2009
- 9: Les SROS II : Les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire de deuxième génération, disponible sur www.sante.gouv.fr Site consulté le 26 septembre 2009
- 10: Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, Institut National de la santé et de la recherche médicale, « *Enquête de Périnatalité: situation en 2003 et évolution depuis 1998* », disponible sur www.sante.gouv.fr Site consulté le 16 septembre 2009
- 11: Conseil National de l'Ordre des sages-femmes, disponible sur www.ordre-sages-femmes.fr Site consulté le 17 septembre 2009
- 12: ANFIC : Association Nationale de Formation Continue des sages-femmes « *La Formation continue des sages-femmes : sage-femme acteur de sa formation permanente* », 2008, 16 p, Mme MESNIL N., Mme PAULARD I.
- 13: IRDES : Institut de recherche de et documentation en économie de la santé, « *Profession de sage-femme : Bilan démographie en 2008* », disponible sur www.irdes.fr Site consulté le 20 septembre 2009
- 14: Compétences des sages-femmes
- 15: Droit de Prescriptions
- 16: Code de déontologie
D'après le site internet du conseil de l'ordre des sages-femmes, disponible sur www.ordre-sages-femmes.fr Site consulté le 10 septembre 2009

- 17: IRDES : Institut de recherche de et documentation en économie de la santé,
« *Activité des professions de santé* », Décembre 2005, n° 101, disponible sur
www.irdes.fr Site consulté le 20 septembre 2009
- 18: IRDES : Institut de recherche de et documentation en économie de la santé,
« *Profession de sage-femme trajectoires, activités et conditions de travail* »,
Décembre 2005, n° 102, disponible sur www.irdes.fr Site consulté le 20
septembre 2009
- 19: Bilan du sous-médical (MACSF) + Bilan GAMM
« *De 2007 à 1996, déclarations d'accidents, types d'accidents et responsabilités
engagées de la sage-femme* », 42 p, Mme Berlot-Dupont
- 20: TREGUIER P. « *La responsabilité médicale* »
Tout prévoir, Septembre 2006, n° 374, p 1.
- 21: JTA : Journées de Techniques Avancées, HACQUIN F. « *La sage-femme en
maternité et le médico-légal* », 2007, 4 p., disponible sur www.jta.com
Site consulté le 23 octobre 2009
- 22: CARRICABURU D. ET MENORET M. « *Sociologie de la santé : institutions,
professions et maladies* »
Editions Armand Collin, Paris, 2004, 235 p
- 23: BRIZON H. « *Intégration des nouveaux soignants* »
Editions Masson, Issy les Moulineaux, 2002, 108 p
- 24: AIACH P., FASSIN D. « *Sociologie des professions de santé* »,
Editions de l'Espace Européen, La Garenne-Colombes, 1999, 225 p
- 25: MEAH : La Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers : « *Rapport
2008 sur le temps de travail des soignants et l'organisation des services dans les
hôpitaux et cliniques* » disponible sur www.meah.sante.gouv.fr
Site consulté le 22 mai 2009
- 26: FNASF : Fédération Nationale des Associations de Sages-Femmes
Topo sur Power Point : « *Le Tutorat* » 2006, 40 diapositives, Mme MESNIL N.
- 27: SCHWEYER F-X. « *La profession de sage-femme : autonomie du travail et
corporatisme protectionniste* »
Sciences Sociales et Santé, Septembre 1996, volume 14, n°3, p 66-100
- 28: KNIEBIELHER Y. « *Accoucher : Femmes, sages-femmes et médecins depuis le
milieu du XXème siècle* »
Editions ENSP, Rennes, 2007, 189 p

❖ REFERENCES

• OUVRAGES :

-JACQUES B. « *Sociologie de l'accouchement* »

Editions Les Presses Universitaires de France, Paris, 2007, 209 p

-MERGER PELIER M., DIBIE-KRAJCKMAN D. « *Manuel juridique de sage-femme ; la sage-femme face à la loi* »

Editions Les Etudes Hospitalières, Bordeaux, 2008, 400 p

-DUBAR C. « *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles* »

Editions Armand Collin, Paris, 2002, 255 p

• ARTICLES :

-DESMARES M. « *Loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST) : quelle place pour la profession de sage-femme en mutation ?* »

Les dossiers de l'obstétrique, Novembre 2008, n° 376, p 35-39.

-LAMOUILLE-MOREL F. « *Evaluation de la Formation initiale à l'école de sage-femme de Bourg-en-Bresse* »

Les dossiers de l'obstétrique, Juin 2007, n° 361, p 33-38.

-ABENSUR L., CHEVALIER D. « *Socialisation professionnelle des étudiants sages-femmes, entre ruptures physiologiques et nécessité d'une pédagogie participative pour une formation sans cesse en mouvement* »

La revue sage-femme (347 p), Décembre 2008, volume 7, n° 6, p 331-341.

-SEGUIN C. « *Partages des responsabilités entre gynécologue-obstétricien et sage-femme* »

La revue sage-femme (287 p), Novembre 2008, volume 7, n° 5, p 268-271.

-GUILLOTO J. « *Entretien d'une jeune sage-femme* »,

réalisé par Isabelle HALLOT pour Vocation Sage-femme (36p), Novembre/Décembre 2007, n° 57, p 31-32.

-PONTE C. « *L'assurance Responsabilité Civile Professionnelle* »

Vocation sage-femme (32p), Mars 2007, n° 50, p 25-26.

-FRANCILLON F. « *Formation médicale continue : plus qu'un besoin, une réelle nécessité* »

Vocation sage-femme (43 p), Janvier 2005, n° 28, p 6.

-Colloque organisé par l'Association Nationale des Sages-femmes Territoriales, (ANSFT), Intervention de MIGNOT S et RICHARD-GUERROUDJ N.

« *Evolution socioculturelle* »

Profession sage-femme (54p), Novembre 2005, n° 120, p 4-7.

-SCHWEYER F-X. « *L'hôpital sous tension* »

La santé : un enjeu de société, hors série, Mars/Avril/Mai 2005, n° 48, p 1-7.

❖ ANNEXES

Annexe I: Questionnaire des jeunes diplômées

Annexe II : Entretien auprès des cadres

ENQUETE

INTRODUCTION

L'enquête se compose de plusieurs pôles de couleurs à remplir selon votre situation actuelle :

POLE 1 : PRESENTATION GENERALE

POLE 2 : RECHERCHE D'EMPLOI

POLE 3 : PREMIER POSTE

POLE 4 : CONCLUSION

POLE 5 : RECHERCHE D'EMPLOI

POLE 6 : POURSUITE D'ETUDES

POLE 7 : VOLONTARIAT INTERNATIONAL

Merci encore pour le temps passé à répondre au questionnaire.

POLE 1 PRESENTATION GENERALE

Vous êtes : ☐ Un homme ☐ Une femme

Votre âge : ans

Ecole d'origine : ☐ Baudelocque ☐ Saint-Antoine ☐ Foch ☐ Poissy

Date d'obtention du diplôme : ☐ Session de Juin 2008 ☐ Session de Septembre 2008

Formation/études éventuellement effectuées avant l'école de sage-femme :

• ...

Vous avez choisi la formation de sage femme ?

☐ Par vrai choix ☐ Par défaut : non classé(e) en médecine, Dentaire ou Kinésithérapie

Appartenez-vous à un réseau, une association ou à des syndicats professionnels ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui lesquels : ...

Vous êtes actuellement :

- | | |
|---|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> En activité professionnelle | Remplissez les pôles 2 à 5 |
| <input type="checkbox"/> En recherche d'emploi | Remplissez les pôles 2 à 5 |
| <input type="checkbox"/> En poursuite d'études | Remplissez le pôle 6 |
| <input type="checkbox"/> En volontariat international | Remplissez le pôle 7 |
| <input type="checkbox"/> Autres / précisez : ... | |



POLE 2 LA RECHERCHE D'EMPLOI

Après l'obtention du DE, vous avez cherché à entrer directement (dès début juillet) dans la vie active?

☐ Oui ☐ Non / Pourquoi : ...

Pendant vos études avez-vous bénéficié de propositions d'embauches?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, quels étaient les critères de sélection que ce poste imposait : ...

A partir du moment où vous avez commencé à chercher votre premier poste, combien de temps avez-vous mis pour trouver cet emploi?

☐ Contrat signé avant la fin des études ☐ De 0 à 3 mois ☐ De 3 à 6 mois ☐ Plus de 6 mois

Quel type de contrat avez-vous signé lors de votre premier poste ?

☐ CDI ☐ CDD / Durée : ... ☐ Intérim / Durée : ...
☐ Libéral (fixe) ☐ Libéral (intérimaire) ☐ Autres : ...

Vous avez trouvé votre poste grâce :

☐ A une annonce diffusée au sein de l'école
☐ A un stage réalisé lors de la formation
☐ A des remplacements effectués en dernière année
☐ A des recherches et démarches personnelles

Précisez pourquoi / comment : ...

Avez-vous rencontré une difficulté particulière dans votre recherche d'emploi?

☐ Oui ☐ Non

Si oui laquelle : ...

D'après vous, comment faciliter la recherche d'emploi des étudiantes sages femmes dès la dernière année d'études?

☐ Augmenter les relations entre écoles / hôpitaux
☐ Développer un site intranet interne à l'école regroupant des offres d'emploi
☐ Développer un affichage sur le lieu d'exercice permettant aux étudiants de connaître les offres
☐ Constantes
☐ Avoir une liste de contacts des anciens élèves
☐ Autres : ...

Listez 3 éléments de la formation initiale:

○ Essentiels dans votre recherche d'emploi et expliquez brièvement pourquoi :

- ...
- ...
- ...

○ Qui vous ont manqué dans votre recherche d'emploi et expliquez brièvement pourquoi :

- ...
- ...
- ...

POLE 3 PREMIER POSTE

Critères de choix

Comment avez-vous choisi votre premier poste ?

- ☐ Par nécessité, faute de temps et/ou d'argent, vous avez dû prendre l'un des 1er postes qui se présentait
- ☐ Par choix délibéré, vous avez trouvé un poste répondant au mieux à vos attentes

Selon vous, quels sont vos 3 critères de choix indispensables pour ce premier poste ?

Classez-les par ordre de priorité :

- ☐ Adéquation avec le projet professionnel
- ☐ Type de contrat proposé permettant une sécurité de l'emploi
- ☐ Salaire proposé lucratif permettant de répondre à un projet professionnel à venir particulier (ex: installation libéral)
- ☐ Localisation géographique
- ☐ Réputation de l'établissement
- ☐ Perspectives d'évolution
- ☐ Diversité des activités des sages femmes
- ☐ Ambiance de travail
- ☐ Niveau de maternité, nombre d'accouchements

Avez-vous trouvé un emploi qui réunisse ces 3 conditions ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si non : Qu'avez-vous dû sacrifier ? ...

Qu'avez-vous dû privilégier ? ...

Dans quel secteur d'activité travaillez-vous ?

- ☐ Libéral ☐ Clinique ☐ Hôpital ☐ Autres / Précisez : ...

Précisez le niveau de l'établissement et le nombre d'accouchements:

- ☐ 1 ☐ 2 a ☐ 2 b ☐ 3

Dans quel(s) service(s) travaillez-vous ?

- Anténatal : ☐ GRH ☐ PNP ☐ HAD ☐ PMA
☐ Ecographies ☐ Diagnostic Anté Natal ☐ Consultations
- Périnatal : ☐ Salle de naissances
- Postnatal : ☐ Rééducation post partum ☐ HAD ☐ suites de couches

Votre revenu mensuel net s'élève à : €

Travaillez-vous sur plusieurs établissements ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez les types de postes : ...

Vous travaillez à:

- Temps plein : ☐ 100% ☐ > 100%
- Temps partiel : ☐ Par choix ☐ Par obligation

Selon vous, durant votre premier poste, pensez-vous que toutes vos compétences ont été utilisées ?

- ☐ Oui ☐ Non

Vous manquait-il certaines compétences ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquelles : ...

*Existe-t-il des actes faisant partie des compétences de sages-femmes que vous ne pratiquez pas ?
(du fait d'une politique de service par exemple)*

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquelles : ...

Avez-vous le sentiment que votre nouveau statut de professionnel vous a permis de choisir votre organisation de travail ?

☐ Oui ☐ Non

Si non, précisez: ...

Décrivez les types de professionnels présents et le nombre de personnes composant l'équipe médicale et paramédicale :

• ...

Au sein de votre établissement, existe-t-il une politique d'encadrement et d'accompagnement des étudiants sages-femmes ?

☐ Oui ☐ Non

Qu'attendiez-vous de votre emploi actuel :

☐ Un véritable emploi

☐ Un emploi intermédiaire mais utile pour votre carrière

☐ Un emploi intermédiaire, de circonstance en attendant de trouver ce qui vous correspond mieux

Difficultés rencontrées et solutions adoptées

Quelles ont été vos principales difficultés :

• Personnelles : ...

• Professionnelles : ...

Quels ont été vos principaux atouts dans votre insertion professionnelle ?

• ...

Listez 3 situations professionnelles que vous jugez difficiles :

• ...

• ...

• ...

Listez 3 situations professionnelles où vous vous en êtes « bien sorti » :

• ...

• ...

• ...

Citez un exemple de situation rencontrée particulièrement difficile et les moyens trouvés pour y faire face:

• ...

Selon vous, les difficultés rencontrées durant votre première prise de poste sont dues à un manque :

☐ D'apports théoriques

☐ De pratique dans la formation initiale

Citez lesquels : ...

Selon vous, les réussites rencontrées sont-elles dues à des atouts de la formation initiale ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, lesquels : ...

Avez-vous des suggestions pour compléter la formation initiale des étudiants sages-femmes sur :

- Les stages : ...
- Les cours : ...
- Les travaux dirigés : ...
- Les tutorats : ...
- Autres : ...

Evolution depuis votre premier poste

Avez-vous changé de poste depuis votre premier emploi ? (CDD en CDI par exemple)

☐ Oui

☐ Non

Si oui, précisez comment et pourquoi : ...

Si non, avez-vous changé de statut : ...

Selon vous, quelles sont les principales compétences de sage-femme que vous avez acquises durant votre première année d'exercice et que vous n'aviez pas à la sortie de l'école ?

• ...

Seraient-elles à développer dans la formation initiale ?

☐ Oui

☐ Non

POLE 4 CONCLUSION

Aujourd'hui, par quels moyens entretenez-vous et perfectionnez-vous vos compétences ?

☐ Revues

☐ Livres

☐ Internet

☐ Congrès, Conférences

☐ DU

☐ Par la pratique

☐ Formation continue

Si formation continue, précisez : A partir de quand vous y avez eu accès : ...

Quel était alors votre statut : ...

Quels sont vos moyens de financements ?

☐ Vos propres moyens financiers

☐ La structure dans laquelle vous travaillez

☐ L'état, par l'intermédiaire du conseil général par exemple

☐ Autres, précisez : ...

POLE 5 EN RECHERCHE D'EMPLOI

Depuis combien de temps êtes-vous en recherche active d'emploi ?

- ☐ De 0 à 3 mois ☐ De 3 à 6 mois ☐ Plus de 6 mois

Rencontrez-vous des difficultés particulières dans votre recherche d'emploi ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquelles :

- ☐ Absence de débouchés
☐ Inadéquation avec mon projet professionnel
☐ Pas d'offre dans le secteur géographique recherché
☐ Salaire insuffisant
☐ Discrimination homme / femme
☐ Manque d'expérience
☐ Autre type de difficulté : ...

POLE 6 EN POURSUITE DES ETUDES

Quel type d'études poursuivez-vous ?

- ☐ Master : professionnel, recherche
☐ Doctorat
☐ DU
☐ Réorientation professionnelle
☐ Autres :...

Expliquez en quelques lignes pourquoi il vous est paru nécessaire de poursuivre vos études :

• ...

Votre formation complémentaire représente pour vous :

- ☐ Un perfectionnement dans votre domaine
☐ L'acquisition d'une double compétence
☐ Une réorientation professionnelle

POLE 7 EN VOLONTARIAT INTERNATIONAL

Quel est le nom de l'entreprise ou de l'ONG qui vous emploie ?

• ...

Depuis combien de temps travaillez-vous pour cet organisme ?

• ...

Indiquez en quelques lignes, les motifs de ce choix professionnel ?

• ...

Souhaitez-vous recevoir les résultats de l'enquête ?

☐

Oui

☐

Non

EN VOUS REMERCIANT

Annexe II : Entretien auprès des cadres

ENTRETIENS AUPRES DES CADRES

Rapide description de leur service (équipe médicale et paramédicale, activités, difficultés et atouts spécifiques du service).

➤ *Avez-vous des contacts avec les jeunes sages-femmes n'étant pas encore diplômés ?*

➤ *Acceptez-vous de recruter des jeunes diplômés :*

si non, pourquoi

si oui, de quelle manière les rencontrez-vous ?

(Stages effectués dans vos services, annonces à l'école, auprès d'associations d'étudiants sages-femmes, contrat de pré-embauche signé pendant les études, salons de l'emploi...)

➤ *Quels principaux critères doivent-ils remplir ?*

➤ *Comment recrutez-vous les nouveaux diplômés ?*

➤ *Quel est l'intérêt pour vous et votre équipe d'embaucher ces nouveaux diplômés ?*

(organisation, dynamisation, moindre coût...)

• *A choisir, préféreriez-vous embaucher un jeune diplômé ou une sage-femme d'expérience ? Expliquez votre choix*

➤ *Existe t-il des activités/postes spécifiques pour lesquels les jeunes diplômés vous semblent :*

Particulièrement compétents

Insuffisamment compétents

➤ *En général, quel type de contrat proposez-vous aux jeunes diplômés ?*

➤ *L'accueil, l'encadrement et la prise en charge des jeunes sages-femmes diffèrent-ils des autres embauchés expérimentés.*

- *Des moyens spécifiques pour leur intégration professionnelle sont-ils mis en place :*

(Tutorat, SF doublé pendant le temps d'adaptation, bilan de suivi personnalisé réalisé pendant les premiers mois d'exercice...)

- *Les conditions concrètes d'organisation du travail vous empêchent-elles d'accompagner au mieux cette insertion professionnelle ?*
- *Quels types de difficultés remarquez-vous le plus souvent lors de leur intégration professionnelle ?*
Personnelles
Professionnelles
- *Selon vous : quels points faibles semblent avoir les nouveaux diplômés ?
quels points forts semblent avoir les nouveaux diplômés ?*

Faire préciser le ratio SF expérimentés/jeunes SF dans leur service

Difficultés et réussites de l'insertion professionnelle des nouvelles diplômées sages-femmes.

Etude auprès des diplômées de 2008 des quatre écoles parisiennes (résumé)

L'objectif était d'identifier les difficultés et réussites de l'insertion professionnelle des nouvelles diplômées afin de démontrer que la formation initiale ainsi que l'accueil et l'encadrement des jeunes sages-femmes réalisés par les cadres pouvaient influencer.

Pour ce faire, nous avons réalisé d'une part, un questionnaire qualitatif destiné à ces jeunes professionnelles et d'autre part, des entretiens auprès de cadres sages-femmes responsables du recrutement, de l'accueil et de l'encadrement dans diverses structures hospitalières.

La formation initiale est majoritairement considérée comme essentielle et de bonne qualité. Cependant, la recherche d'emploi manque d'encadrement, de conseils et d'aide de la part des écoles. Les difficultés rencontrées dans les services sont liées au processus d'insertion professionnelle.

Les cadres, conscientes des particularités de ces embauches, tentent de leur faire bénéficier d'un accueil et d'un encadrement particulier.

Ainsi, ce travail a permis de mettre en lumière des difficultés pouvant être améliorées mais il a aussi mis en exergue d'autres questions intéressantes.

L'arrivée d'une nouvelle sage-femme dans le monde professionnel est complexe et nécessite une attention particulière.

Mots clés : Insertion professionnelle, Sage-femme, Formation Initiale, Accueil et encadrement des cadres.

Difficulties and positive effects of professional insertion for newly qualified midwives.

Study conducted with 2008 graduates from the four Parisian schools (summary)

The aim of this thesis was to identify both difficulties and achievements of newly qualified midwives' professional insertion. It was to show that the initial training, the involvement with welcoming and support delivered by head midwives could positively influence the insertion process. Hence, we have designed a qualitative questionnaire for young professionals. On the other hand we have interviewed head midwives in charge of recruitment and training within various hospital environments.

The initial training is considered as essential and of high standard by most newly qualified midwives. However job search is poorly supported and schools should be providing better help and guidance. The difficulties encountered on the wards are mainly due to the process of professional insertion.

Head midwives are aware of the specific issues raised by these recruits and they attempt to offer tailored induction and support.

As a result, this study has enabled to highlight some inadequacies that could be improved. It has also raised other interesting questions.

The arrival of a new midwife in the professional world can be complex and it requires specific attention.

Key words: Professional insertion, midwife, initial training, welcome and support by head midwives.